



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório de estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por Catarina Costa Campos

Porto, março de 2020



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PRACTICUM REPORT

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por Catarina Costa Campos

Sob orientação de Doutora Constança Festas

Porto, março de 2020

RESUMO

Este relatório descreve e analisa as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, com vista à aquisição das competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A análise assentou numa reflexão crítica acerca das intervenções de enfermagem desenvolvidas, com vista a promover o crescimento e o desenvolvimento infantil e contribuir para o desenvolvimento de uma parentalidade positiva.

O estágio decorreu em locais de assistência à criança e família, nomeadamente Centro de Saúde, Serviço de Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, no período compreendido entre 9 de setembro de 2019 e 4 de janeiro de 2020.

A metodologia usada ao longo do relatório foi a descritiva e crítico-reflexiva suportada por pesquisa bibliográfica, e a sua elaboração obedece a uma organização distribuída pelos seguintes 4 domínios de atuação: prestação de cuidados; gestão de cuidados; formação; e investigação.

Este relatório evidencia aprendizagens em áreas específicas da especialização de enfermagem em saúde infantil e pediátrica, tais como: parentalidade; parceria de cuidados; cuidados antecipatórios; técnicas de comunicação com a criança e a família adequadas ao estágio de desenvolvimento e cultura; cuidados centrados no desenvolvimento; avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil; amamentação; massagem infantil; saúde escolar; estratégias farmacológicas e não farmacológicas para controlo e alívio da dor em crianças; identificação e atuação em situações de risco para a criança e jovem. Relevo ainda, aprendizagens adquiridas através da realização de Ações de Educação para a Saúde, acerca das medidas não farmacológicas de controlo da dor em crianças e da prevenção de acidentes no 1º ano de vida.

Por fim, a prestação de cuidados em áreas de especial complexidade, o desenvolvimento da capacidade de reflexão e de produção de um discurso fundamentado para transmitir as tomadas de decisão, aliados à procura constante do desenvolvimento de uma prática sustentada nas evidências científicas mais atuais, contribuíram para o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista e para a respetiva elaboração deste relatório.

Palavras-chave: enfermeiro especialista, competências, criança, família, desenvolvimento, crescimento, parentalidade, parceria.

ABSTRACT

This report describes and analyzes the activities developed throughout the internship for the acquisition of the skills inherent to Nurse Specialist in Child Health and Pediatric Nursing. The analysis was based on a critical reflection on the nursing interventions developed, with a view to promoting child growth and development and contributing to the development of positive parenting.

The internship took place in places of child and family care, namely Health Center, Pediatric Emergency Service and Neonatal Intensive Care Unit, in the period between 9 september 2019 and 4 january 2020.

The methodology used throughout the report was descriptive and critical-reflexive supported by bibliographic research, and its elaboration follows an organization distributed in the following 4 areas of activity: care provision; care management; training; and research.

This report evidences learning in specific areas of child and pediatric health nursing specialization, such as: parenting; care partnership; anticipatory care; communication techniques with the child and family appropriate to the stage of development and culture; development-centred care; evaluation of child growth and development; breastfeeding; children's massage; school health; pharmacological and non-pharmacological strategies for pain control and relief in children; identification and performance in situations of risk to children and young people. It also highlights learning acquired through health education actions, about non-pharmacological measures to control pain in children and the prevention of accidents in the 1st year of life.

Finally, the provision of care in areas of special complexity, the development of the capacity for reflection and production of a reasoned discourse to convey decision-making, together with the constant search for the development of a practice sustained by the most current scientific evidence, contributed to the development of specialist nurse skills and to the respective preparation of this report.

Keywords: Specialist nurse, skills, child, family, development, growth, parenting, partnership

AGRADECIMENTOS

À minha mãe pela força inabalável que tem em todos os momentos difíceis e por todos os atos
de profundo amor

Ao meu pai por me mostrado a impermanência da vida

Ao meu padrasto por me ter ensinado que o amor não advém de um laço sanguíneo

Ao meu companheiro de vida por me ter ensinado a viver o presente

Às minhas Professoras pelo conhecimento transmitido

Às minhas orientadoras pela dedicação e disponibilidade demonstradas

LISTA DE SIGLAS

AES- Ação de Educação para a Saúde

APSI- Associação para a Promoção da Segurança Infantil

ASCJR-Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco

ICN- *International Council of Nurses*

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMI- Curso de Massagem Infantil

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DGS-Direção-Geral da Saúde

EE- Enfermeiro Especialista

EESIP- Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

EESMO- Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

ELI- Equipas Locais de Intervenção

GOBP-Guia Orientador de Boa Prática

NACJR-Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OBS- Sala de Observações

OE- Ordem dos Enfermeiros

PNS-Plano Nacional de Saúde

PNSE- Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ-Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV-Programa Nacional de Vacinação

RN-Recém-nascido

SPN- Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SUP- Serviço de Urgência Pediátrica

UC- Unidade Curricular

UCP- Universidade Católica Portuguesa

UCC-Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIP-Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

USF-Unidade de Saúde Familiar

VD- Visitação Domiciliária

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. PERCURSOS	5
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	9
3.1 Domínio da prestação de cuidados	9
3.2 Domínio da gestão de cuidados	48
3.3 Domínio da formação	53
3.4 Domínio da investigação	56
4. CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
APÊNDICES	69
Apêndice I	70
Descrição das áreas assistenciais do Serviço de Urgência Pediátrica.....	70
Apêndice II	73
Registo de crianças assistidas na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.....	73
Apêndice III	75
Registo de crianças assistidas nas consultas de saúde infantil e pediátrica	75
Apêndice IV	77
Planeamento da AES sobre “Segurança e prevenção de acidentes no 1º ano de vida”	77
Apêndice V	143
Planeamento da AES sobre “Estratégias não farmacológicas de controlo da dor em crianças”	143

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, realizado na Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP) no contexto da Unidade Curricular (UC): “Estágio Final e Relatório”, com 30 ECTS. O Plano de Estudos para esta UC propõe os seguintes objetivos:

- “Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de Especialização;
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, descrever soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades, produzindo um discurso fundamentado para diferentes audiências”.

Decorrente destes objetivos gerais emergiram objetivos específicos exigidos no Plano de Estudos, atingidos através de atividades realizadas no estágio, implicando uma mobilização dos conhecimentos teóricos previamente adquiridos e uma consolidação dos mesmos durante o desenvolvimento da prática. A elaboração deste relatório foi-me solicitada pela equipa pedagógica numa fase posterior à realização do estágio de modo a espelhar o meu percurso, as experiências vivenciadas e as aprendizagens desenvolvidas. Este relatório tem como objetivo descrever os objetivos específicos e as atividades por mim desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, por forma a atingir os objetivos previstos para este ciclo de estudos e que fundamentam as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), previstas para este ciclo de estudos.

É feita ainda uma análise crítico-reflexiva sobre este percurso, assente numa fundamentação teórica com base nas evidências científicas mais atuais.

O estágio apresenta-se como uma estratégia do plano de estudos do curso que visa a aplicação prática dos conhecimentos teóricos previamente adquiridos, com vista a consolidação dos mesmos e a aquisição de novos. O estágio proporcionou-me um leque de experiências variadas, tendo sido realizado em 3 contextos diferentes de assistência à criança e família, designadamente no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). No referente à carga horária, os dois primeiros contextos são constituídos por 90 horas de contacto e 35 horas de trabalho individual, e o último por 180h de contacto e 70 horas de trabalho individual. Optei por realizar estágio na UCIN do hospital onde trabalho de modo a poder compreender o funcionamento deste serviço, que se interliga diretamente com local onde exerço funções, o bloco operatório. Os restantes contextos foram escolhidos pelo facto de serem locais de referência na área de Saúde Infantil e Pediátrica. Durante a realização do estágio, decorreram ainda 24 horas de orientações tutoriais e seminários.

O motivo que me levou a iniciar esta formação deveu-se à necessidade de aprofundar conhecimentos, capacidades e competências na área da saúde infantil e pediátrica, uma vez que no bloco operatório presto cuidados a Recém-nascidos (RN), crianças e adolescentes. Considerei que, através do aperfeiçoamento dos meus conhecimentos teóricos e do contacto com outras realidades, poderia melhorar a minha prestação de cuidados. Bem como, objetivamente, poderia melhorar a comunicação com a criança, adolescente e família, e desenvolver a capacidade de implementar intervenções autónomas de enfermagem capazes de minimizar o medo e a ansiedade da criança no período pré, peri e pós-operatório, facilitando a transição no processo saúde-doença.

Este relatório encontra-se apoiado numa metodologia descritiva e crítico-reflexiva, sustentada por pesquisa bibliográfica. Este relatório permitiu: descrever e analisar os objetivos e as atividades desenvolvidos durante o estágio; desenvolver a minha capacidade crítica acerca do processo de aprendizagem, com vista a alcançar as competências do plano de estudos; servir de instrumento de avaliação.

Para um melhor sistematização e organização do relatório, optei por dividi-lo em 4 capítulos. O 1º capítulo é referente à presente introdução. No 2º capítulo é apresentada uma breve contextualização do estágio realizado no 2º semestre como parte integrante do plano de estudos, sendo também salientadas as aprendizagens teóricas e práticas

adquiridas durante a realização do curso. No 3º capítulo é apresentado o desenvolvimento de competências, visando a concretização de objetivos anteriormente traçados, e permitindo descrever as atividades realizadas e efetuar uma análise crítico-reflexiva do percurso desenvolvido ao longo do estágio. De modo a facilitar a leitura do relatório, procedi à apresentação dos objetivos, atividades e competências sob a forma de tabela e destaquei no texto a negrito as principais atividades desenvolvidas. Por fim, no 4º capítulo são apresentadas algumas considerações finais sobre os principais aspetos do trabalho, evidenciando os principais desafios e as implicações da realização deste estágio no desempenho da minha prática diária.

2. PERCURSOS

O conceito de pessoa na área de especialidade de saúde infantil e pediátrica engloba o binómio criança/jovem e família, sendo este binómio influenciado pelas condições do ambiente no qual a criança vive e se desenvolve (Ordem dos Enfermeiros, 2011). A atuação do EESIP decorre numa fase crucial do ciclo vital (desde o nascimento até aos 18 anos), podendo estender-se até aos 21 ou 25 anos de idade em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência (Regulamento nº 422/2018, 2018). No caso de doença crónica o enfermeiro especialista tem um papel determinante na avaliação da situação e no fornecimento de apoio no momento do diagnóstico, ajudando a criança e sua família a minimizar o impacto da doença crónica ou da incapacidade da criança. Através da minimização de fatores de stress da família, do fornecimento de informação acerca de mecanismos de enfrentamento e do incentivo à expressão de emoções, o EESIP promove desenvolvimento da criança e de um ambiente familiar salutar, originando uma transição saudável para a vida adulta.

Este modelo conceptual subjacente à prática da enfermagem pediátrica foca-se na resposta às necessidades da criança, enquanto membro pertencente a um sistema familiar, concretizando-se este modelo numa competência do EESIP, o estabelecimento de uma parceria de cuidados como promotor da saúde da criança/família e como vetor do desenvolvimento de uma parentalidade positiva. Sendo, o trabalho do EESIP desenvolvido em parceria com a criança e a família, nos diversos contextos- hospital, cuidados de saúde primários, cuidados continuados, escola, comunidade e domicílio- é assumido como objetivo primordial a maximização da sua saúde, prestando cuidados específicos em resposta às necessidades do estágio de desenvolvimento da criança e jovem, inclusive em situações de especial complexidade (Regulamento nº 422/2018).

Durante o percurso formativo do Curso de Mestrado, para além das unidades curriculares teóricas, tive oportunidade de realizar no 2º semestre do ano letivo 2018/2019 um estágio designado de *vigilância e decisão clínica*, teve como objetivo a aquisição de competências do EESIP. Este estágio foi realizado em contexto de doença aguda e crónica num serviço de pediatria médica, sendo composto por 180h de contacto, 70h de trabalho individual e 12 horas de orientação tutorial. Este contexto de cuidados à

criança/jovem e família proporcionou-me inúmeras aprendizagens, como o desenvolvimento de habilidades referentes à minimização do impacto da hospitalização no crescimento e desenvolvimento da criança e da família, nomeadamente atuando sobre os fatores de stress da hospitalização preconizados para cada estágio de desenvolvimento. Para além disso, aprendi a maximizar os potenciais benefícios da hospitalização, através de: consciencialização da criança/jovem de que a experiência da hospitalização pode proporcionar uma oportunidade para treinar o seu auto controle e capacidades de enfrentamento; otimização da relação pais-filhos, possibilitando inclusive uma reestruturação da relação familiar; promoção de oportunidades educacionais para os pais e filhos; e fomentação da socialização da criança e da família com outras crianças em situações problemáticas. Tive também oportunidade de contactar com situações de doença crónica, o que me permitiu desenvolver habilidades na capacitação da família, na gestão do stress e no desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento após o diagnóstico de uma doença crónica. Apoiei ainda a transição para a parentalidade, instruindo os pais mediante as necessidades detetadas e desenvolvendo cuidados antecipatórios adequados às diferentes fases de desenvolvimento da criança, de modo a promover o seu crescimento e desenvolvimento, estabelecendo uma parceria de cuidados e um planeamento da alta desde o momento da admissão. De modo a facilitar a transmissão da informação necessária desenvolvi competências comunicacionais adequados ao estágio de desenvolvimento da criança, jovem e família, e com os profissionais de enfermagem através da realização de uma Ação de Educação para a Saúde (AES) sobre “estratégias não farmacológicas para controlo de dor em crianças”.

A componente teórica do curso revelou-se como central para a realização do estágio acima mencionado e do estágio concernente a este relatório. O conhecimento prévio do modelo de parceria de cuidados e dos seus pressupostos ajudou-me a perceber o papel do enfermeiro de pediatria, reforçado pelo estabelecimento de uma comunicação adequada a cada estágio de desenvolvimento. Destaco ainda, a importância da compreensão da parentalidade como processo de transição e o conhecimento dos fatores que a influenciam, assim como o entendimento da família enquanto sistema. Assumindo que o desenvolvimento de uma criança tem períodos críticos e as orientações antecipatórias podem evitar disrupções familiares.

O conhecimento acerca dos programas nacionais existentes para promoção da saúde no âmbito da saúde escolar e da vigilância de saúde, são basilares para o desenvolvimento

da prática. As estratégias de promoção do conforto do bebé como a massagem, amamentação e os cuidados centrados no desenvolvimento assumem um papel de destaque nos cuidados neonatais. A consolidação teórica acerca do papel do enfermeiro de pediatria na assistência de enfermagem à criança com doença aguda, crónica, mental, terminal e em situação crítica ajudou ao desempenho da prática em contexto de estágio. Assim como a compressão das especificidades da avaliação e controlo da dor em pediatria, seguindo as orientações técnicas definidas para cada estágio de desenvolvimento. O EESIP tem ainda a responsabilidade na identificação e intervenção precoce de situações de risco para a criança desde o nascimento, durante a vigilância de saúde e na escola, referenciando crianças/jovens para outros profissionais sempre que necessário. A sua prática concretiza-se ainda na utilização de estratégias motivadores da criança/jovem para a adotarem comportamentos potenciadores de saúde.

A experiência prática implica previamente um conhecimento teórico, para assim ser possível consolidar um conjunto de saberes, compreendendo os seus pressupostos e tomando decisões assentes nas evidências científicas mais atuais. Acrescendo a assunção de uma prática reflexiva sobre a conceptualização dos cuidados como central na construção do conhecimento e de uma identidade pessoal. A realização do estágio permitiu uma consciencialização gradual do papel do EESIP e das competências que este deve desenvolver para o desempenho da sua prática diária. Sendo o objetivo da realização deste estágio assegurar o desenvolvimento de um conjunto de aptidões e uma consolidação de conhecimentos através do contacto com a criança família em diferentes contextos assistenciais, assente numa capacidade de planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de enfermagem, espero conseguir transmitir de uma forma clara e inteligível todas as aprendizagens desenvolvidas.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Neste capítulo descrevo de uma forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas durante o estágio de forma a responder às competências propostas pelo Plano de Estudos do Curso, sendo evidenciadas as aprendizagens desenvolvidas ao longo deste percurso. Para as 24 competências foram traçados objetivos específicos que serão atingidos através das atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

A definição dos objetivos específicos possibilita uma melhor organização e estruturação do trabalho a desenvolver. Assumindo por base a organização proposta pelo Plano de Estudos do Curso e pela legislação legal da Carreira de Enfermagem, mais concretamente a Regulamentação do perfil das competências comuns ao Enfermeiro Especialista, definidas no Regulamento n.º 140/2019, dividi os objetivos específicos em 4 domínios: prestação de cuidados; gestão de cuidados; formação e investigação.

3.1 Domínio da prestação de cuidados

A definição dos objetivos específicos associados a unidades de competência permitiu uma melhor estruturação do relatório, encontram-se em cada domínio os objetivos específicos referentes aos 3 contextos assistenciais onde realizei o estágio. O estágio apresenta-se como um momento ideal para o desenvolvimento de aprendizagens, consolidação de conhecimentos adquiridos e de reflexão sobre as práticas (Simões, Alarcão, & Costa, 2008). Seguidamente será apresentada a reflexão crítica referente aos objetivos específicos que tracei nos diversos contextos e às atividades que fui desenvolvendo, com o propósito de atingir as competências de Enfermeiro Especialista (EE). A reflexão crítica configura experiências da prática que implicaram uma reflexão sendo esta sustentada pelas melhores evidências, tendo para isso desenvolvido a habilidade de tomada de decisão ética e deontológica, assente num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, através da avaliação sistemática das melhores práticas e das preferências do cliente (Regulamento n.º140/2019).

Competência	
<i>- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.</i>	
Objetivo específico	Atividades
Conhecer a estrutura física e a dinâmica organizacional dos serviços	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de uma visita guiada às instalações dos serviços; - Consulta de guias, normas e protocolos de funcionamento dos serviços; - Observação da dinâmica dos serviços; - Observação das funções que o enfermeiro desempenha nas diferentes áreas assistenciais do SUP; - Realização de pesquisa bibliográfica acerca dos métodos de gestão de recursos humanos.

Reflexão

Decorrente de um processo de integração nos diversos contextos de estágio, as enfermeiras orientadoras de cada contexto apresentaram-me à equipa que estava a desempenhar funções e realizaram uma **visita guiada pelo serviço**, onde me foi explicada a estrutura física, a dinâmica e a organização do serviço. Cada serviço apresenta uma dinâmica característica e no caso do serviço de neonatologia, aquando da realização do acolhimento, surgiu a necessidade de **consultar documentos** que sistematizasse toda a informação fornecida verbalmente aos pais. O “guia de acolhimento” apresentou-se como um instrumento capaz de satisfazer esta necessidade, pois compila toda a informação relativa a horários das visitas, refeições, precauções de controlo de infeção e normas de conduta. Nos CSP desenvolvi atividades entre a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e a Unidade de Saúde Familiar (USF). Com o objetivo poder colaborar nos projetos existentes na área da saúde infantil da UCC consultei o “plano de ação” e o “guia de acolhimento” desta unidade.

Por sua vez no SUP, a compreensão acerca das **funções que cada enfermeiro desempenha nas diferentes áreas assistenciais** foi basilar para o desenvolvimento da prática. O SUP é composto predominantemente por 4 áreas assistenciais: gabinete de

enfermagem; sala de observações (OBS), sala de emergência pediátrica e sala de triagem, sendo essa informação sintetizada no apêndice I. No gabinete de enfermagem são realizados a maioria dos procedimentos de enfermagem, tais como punção venosa, aspiração de secreções, algaliação e administração de medicação. Na área de OBS o enfermeiro assiste crianças e adolescentes em situações que impliquem uma vigilância mais apertada da sua situação clínica e em que se preveja um período de permanência de 24 horas, sendo feita a monitorização hemodinâmica e realizadas as intervenções de enfermagem necessárias. Na sala de emergência o enfermeiro procede à sua avaliação e estabilização inicial juntamente com equipe médica, de crianças e adolescentes que se encontrem em situações emergentes com compromisso das funções vitais, efetuando todos os procedimentos de enfermagem necessários para estabilizar as funções vitais. Na sala de triagem o enfermeiro utiliza o triângulo de avaliação pediátrico para efetuar uma avaliação inicial da criança, atentando a 3 aspetos: aparência, respiração e circulação. Seguidamente realiza uma entrevista com duração de cerca de 3 minutos, onde é relatada uma breve história sobre a queixa principal da criança, sendo também colhidos dados relativamente a alergias, medicação, ou outros dados relevantes. Estes dados são documentados no sistema informático, utilizando o *Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale* (Ped-CTAS) e sendo atribuída consequentemente uma prioridade. O enfermeiro nesta área realiza ainda triagem avançada, iniciando ações terapêuticas que se encontram protocoladas antes da avaliação médica, nomeadamente administração de antipiréticos e analgésicos.

De modo a facilitar o meu processo de integração recorri à **realização de pesquisa bibliográfica sobre os diferentes métodos de trabalho de enfermagem**, designadamente, o método individual e o do enfermeiro de família. Na UCIN o método utilizado era o método individual, elucidativo de uma filosofia de cuidados, uma vez que o enfermeiro presta cuidados de uma forma holística a cada RN, assumindo a responsabilidade pelos cuidados que presta de uma forma integral e personalizada. Este método centra-se na pessoa e é um excelente método para a implementação do processo de enfermagem, visto que é através deste processo que são aplicados na prática dos cuidados os fundamentos teóricos de enfermagem, de forma a satisfazer as necessidades do utente, família e comunidade, exigindo do enfermeiro um aprimoramento da capacidade do julgamento crítico e reflexivo do cuidado (Ferreira & Ferreira, 2018). Do que observei os enfermeiros baseando-se neste método prestavam cuidados de excelência

aos RN e suas famílias, o que se traduzia numa elevada autonomia nos domínios técnico e científico, associado a um elevado grau de satisfação dos clientes e profissionais.

Na USF o método usado é o do Enfermeiro de família, centrando-se os cuidados de enfermagem “*na interação entre o enfermeiro e família, implicando o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico*” (Figueiredo M. , 2012, p. 69), segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Este método possibilita um conhecimento integral da pessoa, neste caso da criança/jovem e família, o que facilita o desenvolvimento de intervenções mais personalizadas e capazes de desenvolver maiores ganhos em saúde. O enfermeiro capacita a família, ajudando-a a maximizar o seu potencial de saúde, estabelecendo-se durante as consultas uma relação de cuidados mantida ao longo do ciclo vital da família. No caso dos adolescentes constatei que o facto da consulta ser realizada em grupo (médico e enfermeiro), limita a comunicação do adolescente. Contudo, sempre que o enfermeiro detetava uma área em que era necessário intervir mais ativamente solicitava a realização da consulta só com jovem. A entrevista ao adolescente organiza-se partindo de questões informais e seguidamente são identificados os temas que necessitam de ser aprofundados para promover estilos de vida saudáveis.

O facto de já conhecer os protocolos de atuação, horários, objetivos e valores pelos quais a instituição onde trabalho se pauta, funcionou como facilitador na minha integração no contexto de neonatologia. Contudo, necessitei recorrer à consulta de documentos mais particulares que definem condutas e princípios que os profissionais devem adotar, designadamente os princípios pelos quais se rege um Hospital Amigo do Bebê, facilitando a minha integração no serviço e promovendo um ambiente favorável ao desenvolvimento do trabalho em equipa.

Objetivo específico	Atividades
Conhecer a articulação dos diferentes contextos de estágio com os demais serviços sociais e de saúde da instituição e de outras instituições, disponíveis para a criança e sua família	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajamento da utilização dos recursos existentes na comunidade; - Realização de conversas informais com a enfermeira orientadora acerca do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e da Equipas Locais de Intervenção (ELI); - Perceber a articulação com um Centro de Acolhimento a Crianças em Risco, nomeadamente na vacinação; - Identificação da articulação do SUP com outros serviços da instituição e com outras instituições; - Requisição transporte inter-hospitalar; - Preenchimento da carta de transferência; - Visita à Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

Reflexão

Atualmente a alta hospitalar é cada vez mais precoce, suscitando nos pais insegurança relativamente à continuidade de cuidados, por essa razão durante a minha prática nos diversos contextos de estágio **encorajei os pais a usarem os recursos existentes na comunidade**. Designadamente, os cantinhos de amamentação dos Centros de Saúde e dos Hospitais por concederem um espaço para os pais exporem as suas dúvidas, com vista a adquirirem mestria nas competências parentais e promover uma parentalidade positiva. Ainda no que se refere ao apoio que o EESIP oferece à comunidade, destaco a necessidade de identificar, apoiar e orientar as crianças e as famílias vítimas de maus tratos e de violência conforme descrito no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) da Direção-Geral da Saúde (DGS). A forma como se processa esta intervenção encontra-se definida num documento designado de Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR), que determina a existência de NACJR nos Centros de Saúde e nos Hospitais com atendimento pediátrico. O EESIP faz parte integrante deste núcleo, que é constituído por uma equipa multidisciplinar detentora de vastos conhecimentos sobre maus tratos em

crianças e jovens, constituindo um ponto de interligação entre serviços e instituições (DGS, 2007). Esta equipa multidisciplinar deteta os fatores de risco (variáveis físicas, psicológicas e sociais que podem potenciar alterações no desenvolvimento e socialização), de proteção (variáveis físicas, psicológicas e sociais, que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social) e de agravamento (eventos que alteram a dinâmica entre fatores de risco e de proteção). Seguidamente, é feita uma observação ativa e continuada da evolução destes fatores e é realizado um aconselhamento e apoio acerca das competências parentais. À posteriori, são realizadas avaliações periódicas da criança, que podem conduzir à necessidade de realização de Visitação Domiciliária (VD) (DGS, 2011). Como durante o período que estagiei neste contexto não se realizaram reuniões, recorri a **conversas informais com a enfermeira orientadora para perceber o modo de funcionamento do NACJR**. Relevo, que o facto de o EESIP se encontrar na comunidade apresenta-se como uma mais valia para detetar e acompanhar os casos com mais proximidade.

A oportunidade de poder **colaborar na vacinação das crianças a residir num centro de acolhimento** permitiu-me contactar com crianças em risco. À posteriori, com o intuito de compreender como decorre o processo de admissão num centro de acolhimento, consultei o protocolo de urgência definido no documento da ASCJR. Este protocolo preconiza que numa situação de perigo atual ou iminente para a integridade física ou a vida da criança/jovem, e em caso de oposição à intervenção por parte de pais/cuidadores, seja preservada a segurança da criança, através da procura de outro adulto idóneo que possa assegurar a sua proteção, ou da solicitação de acolhimento num centro de acolhimento temporário (DGS, 2011). Percecionei na minha visita ao centro de acolhimento que os profissionais têm como o objetivo primordial proporcionar um ambiente favorável à promoção do desenvolvimento e da personalidade da criança, facilitando a sua reintegração familiar e social. Ainda no referente ao apoio prestado às crianças na comunidade, existem ELI no Centro de Saúde que apoiam crianças dos 0 aos 6 anos, que apresentem alterações nas funções das estruturas do corpo e/ou risco grave de atraso de desenvolvimento, de acordo com o *Decreto-Lei n.º 281/2009*. Devido à necessidade de confidencialidade que estes processos requerem não me foi permitido assistir às reuniões, mas **através de conversas informais com a enfermeira orientadora sobre a ELI** pude perceber que nestas reuniões os profissionais realizam uma entrevista à criança e à família, de forma a diagnosticar as principais necessidades da

criança e da família. Seguidamente, de acordo com o *Decreto-Lei n.º 281/2009* deve ser traçado um plano individual da intervenção precoce, que consiste na avaliação da criança no seu contexto familiar, bem como na definição das medidas e ações a desenvolver por forma a assegurar um processo adequado de transição ou de complementaridade entre serviços e instituições.

Relativamente à **interligação do SUP com outras instituições**, maioritariamente a transferência para outro hospital surge pelo facto de a criança não pertencer à área de abrangência do hospital, ou por não ter vaga num dos serviços de pediatria do hospital (pediatria médica ou cirúrgica, UCIN, UCIP). Decorrente desta situação, necessitei de **requisitar transporte para outra instituição** e de **preencher a carta de transferência**. Nesta carta documentei toda a informação relevante, relatando todas as ocorrências durante a passagem pelo SUP e todas as vigilâncias necessárias. A carta de transferência assume uma importância basilar na continuidade dos cuidados, sendo um meio imprescindível para a comunicação entre duas instituições. As situações em que observei a necessidade de transporte surgiram pelo facto da criança não pertencer à área de abrangência do hospital, tendo sido acompanhada pelo enfermeiro que o coordenador de turno decide ser o mais qualificado para o fazer, apresentando-se este procedimento como central para a continuidade de cuidados.

Com vista a atingir o objetivo proposto e deter um conhecimento mais profundo acerca da articulação do SUP com outros serviços da instituição, tive a oportunidade de **visitar uma UCIP**. Esta experiência revelou-se muito enriquecedora, pois por coincidência contactei com um bebé a quem tinha prestado cuidados no contexto de Pediatria Médica e pude visualizar a melhoria significativa do seu estado geral de saúde após ter sido submetido a uma cirurgia cardíaca. Verifiquei que neste serviço a assertividade da comunicação com os pais é primordial, pois é um momento crítico e os pais encontram-se extremamente vulneráveis emocionalmente. O empenho do enfermeiro em minimizar o impacto negativo desta experiência para toda a família, através da implementação de uma relação terapêutica, assente numa parceria estabelecida com os pais, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel, são fatores determinantes na prestação de cuidados.

Em todos contextos de estágio a realização de entrevistas informais às enfermeiras orientadoras e outros elementos da equipa, foi imprescindível para esclarecimento de dúvidas relativamente à dinâmica organizacional dos serviços, constituindo também um

elemento facilitador do estabelecimento de uma relação empática e de maior compreensão acerca do trabalho de todos os elementos da equipa multidisciplinar. Considero que todos estes aspetos contribuíram para o atingir a seguinte competência: *demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.*

Competências	
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;</i> - <i>Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;</i> - <i>Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;</i> - <i>Refletir na e sobre a sua prática de, de forma crítica;</i> - <i>Planeia e executa intervenções terapêuticas em grupo, em função dos diagnósticos de enfermagem levantados;</i> - <i>Faz avaliação crítica/reflexão dos resultados obtidos;</i> - <i>Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.</i> 	
Objetivo específico	Atividades
Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na prestação de cuidados à criança e sua família	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização de conhecimentos teóricos e práticos; - Realização de pesquisa bibliográfica; - Observação dos enfermeiros orientadores na prestação de cuidados especializados à criança/ família; - Consulta do protocolo institucional acerca da VD e realização da VD; - Prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/família, segundo a metodologia do processo de enfermagem (colheita de dados, identificação dos diagnósticos de enfermagem, planeamento, execução e avaliação);

- Utilização das diferentes etapas no processo de enfermagem na assistência à criança/família;
- Realização de registos informáticos, com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®);
- Realização de consultas de saúde infantil e pediátrica;
- Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil;
- Assegurar o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV);
- Realização de notas de campo;
- Assistir a AES sobre “Higiene do sono”, *bullying* e sexualidade.

Reflexão

O facto da minha área de trabalho ser muito distinta dos contextos onde realizei estágio implicou uma **mobilização dos conhecimentos teóricos previamente adquiridos** e de **conhecimentos práticos** que fui adquirindo à medida que realizava o estágio. Para complementar esta informação necessitei de **realizar pesquisa bibliográfica no sentido de aprofundar alguns temas pertinentes para a prestação de cuidados**, tais como: crescimento/desenvolvimento infantil (reflexos do RN, indicadores de crescimento e de desenvolvimento psicomotor), permitindo-me efetuar uma correta avaliação da criança e identificação de sinais de alarme indicativos de alguma patologia; vacinação (PNV, técnica, local de administração e efeitos secundários); normas de segurança no transporte do RN/criança; amamentação; alimentação diversificada; prevenção de comportamentos de risco relacionados com sexualidade, tabagismo e abuso de substâncias nocivas; e, principais situações que levam a criança à urgência, nomeadamente febre. Este constante aprofundamento teórico em diversas áreas permitiu ao longo da minha prática *demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP*.

Numa fase inicial **observei os enfermeiros** a prestarem cuidados de enfermagem, seguidamente, **colaborei na prestação de cuidados especializados** e por fim prestei cuidados de forma autónoma. No contexto de neonatologia tive oportunidade de prestar

cuidados de enfermagem especializados a 9 RN, tendo intervindo sobre diversos focos da prática de enfermagem (apêndice II), dos quais destaco o papel parental e o amamentar. Relativamente ao amamentar, desenvolvi algumas **intervenções de enfermagem autónomas** tais como: vigiei a técnica de amamentação; monitorizei as mamadas; avaliei o posicionamento do RN para mamar; avaliei a intenção de amamentar; avaliei o conhecimento sobre o amamentar, lactação, frequência das mamadas e conservação do leite materno. No caso do papel parental, evidencio algumas **intervenções de enfermagem autónomas** como: avaliei o papel parental, avaliei o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e hábitos de vida. Sendo o internamento de um RN na UCIN uma das primeiras crises com que os pais se deparam, torna-se imprescindível o fornecimento de toda a informação necessária após uma avaliação das necessidades parentais.

Quando iniciei o estágio no contexto de neonatologia verifiquei que os pais constantemente colocavam questões acerca dos instrumentos promotores da continuidade de cuidados, portanto decidi identificá-los de modo a fornecer a informação mais correta. Assumindo que a continuidade de cuidados é um processo fundamental da garantia da qualidade dos cuidados, esta revela-se essencial após a alta hospitalar, na qual ocorre um processo de adaptação à nova condição de saúde que exige uma intervenção programada por parte dos profissionais de saúde, designada de planeamento de alta (Santos M. , 2018). A preparação para a alta começa no momento da admissão, envolvendo a orientação da família para os cuidados continuados e acompanhamento no domicílio. A preparação da família para os cuidados no domicílio exige um alto grau de competência no planeamento e implementação das orientações da alta. O plano de orientações incorpora níveis de aprendizagem como a observação, a participação com ajuda e por fim a atuação sem ajuda ou orientação (Hockenberry & Wilson, 2014).

A VD é um dos instrumentos promotores da continuidade de cuidados, revestindo-se de particular importância nos CSP por representar uma oportunidade para dar continuidade ao processo de enfermagem. Numa fase inicial desta visita é feita uma colheita de dados através da consulta do processo clínico ou de conversas informais com o enfermeiro de família. Seguidamente, no domicílio são identificados os problemas de saúde e é definido um plano de cuidados e respetivas atividades e no final são avaliadas as intervenções recorrendo a técnicas como a observação, a escuta ativa e a relação de ajuda. No final da

visita após a avaliação, o EESIP mostra-se disponível para caso os pais ainda não se sintam capacitados voltar a realizar nova VD.

De modo a poder realizar o planeamento de alta com os pais em relação aos recursos da comunidade, **consultei o protocolo institucional acerca da VD**. A responsabilidade do agendamento desta visita é do enfermeiro de família, que após receber a notícia do nascimento programa a visita para a 1^a/2^a semana de vida do bebé. Esta iniciativa revela-se essencial para fornecer dados acerca de como a família se está a organizar e que dificuldades apresenta, detetando-se assim situações que necessitem de orientação, agindo ainda, como promotor da relação terapêutica entre a família e o enfermeiro de família. Nas situações em que o bebé necessitou de internamento em neonatologia, este 1º encontro no domicílio é efetuado pelo enfermeiro do serviço e pelo enfermeiro de família conjuntamente. É ainda realizada, uma segunda visita domiciliária pelo EESIP na 3^a semana de vida do bebé.

Durante o estágio surgiu a oportunidade de **efetuar a VD**, o que se revelou útil para a compreensão das vantagens da sua realização para os pais e enfermeiro. No caso dos pais, conforme é apresentado pela DGS no Plano Nacional de Saúde (PNS), possibilita que se tornem “*mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende*” (DGS, 2015, p. 14), favorecendo a tomada de decisão em aspetos como: amamentação, crescimento e desenvolvimento infantil, papel parental e vinculação. Apresenta ainda a vantagem da comunicação entre pais e enfermeiro ser mais eficiente, por se desenrolar num ambiente de maior proximidade. Para o enfermeiro, a VD proporciona o conhecimento da unidade familiar, devido à visão global e integral que o profissional adquire, o que facilita a avaliação das necessidades de cuidados da família. De relevar ainda, que o conhecimento do contexto familiar coaduna uma adequação das intervenções de enfermagem desenvolvidas aos recursos da família, sejam eles de carácter económico, social ou cultural.

A informação acerca da visita domiciliária era fornecida durante a preparação para a alta, sendo que esta preparação ocorria desde o primeiro dia de internamento do RN na UCIN. Os enfermeiros desenvolviam uma prática de capacitação dos pais, envolvendo-os gradualmente nos procedimentos e conferindo-lhes um sentimento de segurança, autonomia e responsabilização pelo bem-estar dos seus filhos. Neste âmbito desenvolvi intervenções de enfermagem autónomas, designadamente: instruir sobre técnica de aleitamento; instruir os pais para a prestação de cuidados ao bebé; instruir os pais sobre

crescimento e desenvolvimento; instruir sobre eliminação urinária e intestinal no RN; instruir sobre cuidados no eritema de fraldas e limpeza das vias aéreas; instruir os pais sobre prevenção de acidentes, hábitos de sono e a posicionar o RN após as refeições.

Relativamente ao contexto de urgência, desenvolvi a minha prática maioritariamente no gabinete de enfermagem, o que me permitiu realizar um variado leque de intervenções interdependentes tais como: algalias; punções venosas; administração de terapêutica e aspiração de secreções; e colaboração em suturas. Identifiquei como principais focos da prática nesta área a diarreia, os vômitos, a dor e a febre. A diarreia e os vômitos são causas muito frequentes da recorrência das crianças ao SUP, portanto aprofundei os meus conhecimentos acerca dos temas. Em caso de **diarreia** forneci as seguintes informações aos pais: utilizar as soluções de reidratação oral fornecida no serviço para prevenir a desidratação e a recorrência da desidratação; não suspender o aleitamento materno; reiniciar a alimentação após 4 horas de reidratação; não administrar medicação desnecessária. Incentivei ainda, o uso de medidas para diminuir o risco de disseminação como: lavagem e desinfecção frequente das mãos após a troca da fralda; lavagem dos brinquedos com frequência; incentivar a lavagem das mãos da criança (Carvalho & Silva, 2008). No caso dos **vômitos** forneci informação acerca da reidratação oral, nomeadamente, a sua administração fazer-se em pequenas quantidades, 10 a 20 ml, em intervalos de 5 a 10 minutos, aumentando progressivamente o volume de acordo com a tolerância (Carvalho & Silva, 2008). No que se refere à **febre** as minhas intervenções nesta área basearam-se na Norma n.º 017/2017 da DGS. Os pais têm um papel central nesta intervenção por isso foquei-me em capacitá-los, fornecendo-lhes informação sobre sinais de alerta e tranquilizadores, avaliação da temperatura e administração de antipirético.

Foi também possível realizar intervenções autónomas baseadas nos diagnósticos de enfermagem, tais como: instruir sobre a técnica de arrefecimento corporal, oxigenoterapia, gestão de analgésicos de vigilância de dor; envolver no processo de tomada de decisão; facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidados.

Durante toda a minha prática nos diversos contextos **apliquei o processo de enfermagem**, sendo este definido como um método de identificação e de solução de problema que descreve o que o enfermeiro faz, incluindo as seguintes fases: avaliação inicial; diagnóstico; planeamento; implementação; avaliação, documentação e registo (Hockenberry & Wilson, 2014). A avaliação inicial de enfermagem consiste num

levantamento de dados que tornam possível a identificação dos problemas (Doenge & Moorhouse, 2010). Ao longo dos estágios, colaborei na admissão de 2 crianças no contexto de neonatologia e de 3 crianças em no contexto de urgência em OBS. **Para documentar os cuidados usei a terminologia CIPE®** promovida pelo *International Council of Nurses* (ICN). A CIPE® é uma terminologia resultante de consensos que representa o que os enfermeiros observam (diagnósticos e resultados de Enfermagem), bem como as ações empreendidas para resolver problemas de saúde (intervenções de Enfermagem) (ICN , 2015). No contexto de neonatologia tive oportunidade de implementar vários planos de cuidados com supervisão da enfermeira orientadora, contendo estes as intervenções prescritas para o RN. Como tal, tendo consciência da importância das intervenções de enfermagem diariamente avaliava e analisava de uma forma crítica com a minha orientadora se as intervenções que estávamos a implementar eram eficazes percebendo assim, que intervenções poderíamos modificar para melhorar os resultados obtidos. De relevar que a CIPE® representa um contributo significativo para a obtenção de dados sobre a prestação de cuidados de saúde. Os resultados dos cuidados prestados aos doentes ou clientes podem ser avaliados relativamente aos diagnósticos e às intervenções de Enfermagem, permitindo uma avaliação quantitativa e uma comparação a nível global (ICN , 2015).

Cada serviço apresenta as suas particularidades relativamente aos programas informáticos, no contexto de neonatologia realizei registo SClínico® o que se apresentou como uma oportunidade de aprendizagem do que são os diferentes focos da prática da área da pediatria. No contexto de urgência documentei os cuidados recorrendo ao programa informático JOne® que, na minha opinião, possui uma apresentação apropriada para o SUP pois evidencia um panorama geral de todos os doentes, utilizando um sistema de cores e minimizando a probabilidade de esquecimento da realização das intervenções. No contexto de saúde infantil o programa informático utilizado é o SClínico CSP®, tendo recorrido a programa para proceder ao agendamento de rastreio visuais, realizados a crianças aos 2 e aos 4 anos para despiste das principais doenças oftalmológicas e colaborando no registo de vacinação nas consultas de saúde infantil, através do uso do Registo de Saúde Eletrónico®.

As minhas aprendizagens nos diferentes contextos de estágio foram muito diversas no que se refere ao uso de metodologia científica no processo de enfermagem, refletindo-se as minhas aprendizagens nos seguintes aspetos: desenvolver uma de consciência crítica

relativamente aos planos de cuidados, mais concretamente através da reflexão diária com a minha orientadora da UCIN sobre os focos da prática; priorização de umas intervenções de enfermagem relativamente a outras, contribuindo para melhorar a minha capacidade de identificação precoce de focos de potencial instabilidade, respondendo aos mesmos de uma forma antecipatória; a diversidade de focos que as consultas de saúde infantil apresentam para estágio de desenvolvimento direcionou-me para a realização de cuidados antecipatórios, com vista a maximizar o desenvolvimento da criança/jovem. Estas aprendizagens conduziram-me ao desenvolvimento das seguintes competências: *Planeia e executa intervenções terapêuticas em grupo, em função dos diagnósticos de enfermagem levantados e faz avaliação crítica/reflexão dos resultados obtidos.*

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) através do fornecimento de informação à criança e à família é possível capacitá-las para “*alcançarem o máximo potencial de saúde*” (OE, 2001, p. 14). Sendo a saúde definida segundo a Carta de Ottawa (1986) como um “*recurso para a vida, e não como objetivo de viver*”, o que nos orienta para o conceito de promoção da saúde como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua saúde e qualidade de vida. No entanto, existem requisitos mínimos para que a promoção da saúde se desenvolva, tais como: identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade; criação e aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente (OE, 2001).

Ainda no que concerne à transmissão da informação, quando nos referimos às crianças, esta informação deve ser fornecida em “momentos chave” do seu desenvolvimento (*touchpoints*). Pois, segundo o modelo de desenvolvimento de Brazelton (1994), estes momentos geram uma oportunidade para o profissional de saúde e a família trabalharem em conjunto o desenvolvimento motor, cognitivo e emocional da criança, de forma a que ela possa vivê-lo de uma forma positiva. Essa é a principal razão para no PNSIJ as consultas de enfermagem preconizarem o agendamento para idades que correspondem a “*acontecimentos importantes da vida do bebé, da criança ou do adolescente, tais como as etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização e a escolaridade*” (DGS:PNSIJ, 2013, p. 7). Nas consultas de saúde infantil intervim sobre o **desenvolvimento infantil**, sendo o desenvolvimento da criança definido segundo a

CIPE® como:” *Desenvolvimento humano: crescimento e desenvolvimento físico; mental e social progressivos desde o nascimento e durante toda a infância*” (ICN , 2015, p. 52).

No contexto de saúde infantil e pediátrica realizei 16 consultas de crianças dos 0 aos 18 anos, constando no apêndice III os principais focos de enfermagem que desenvolvi. As intervenções que implementei para este foco da prática foram as seguintes: monitorizar os indicadores de crescimento, registando-os nas curvas de percentil presentes no Boletim de Saúde Infantil; avaliar o desenvolvimento psicomotor e vigiar sinais de alerta juntamente com a equipa médica, utilizando a escala de *Mary Sheridan Modificada* como referencial; e instruir os pais acerca do desenvolvimento infantil. Durante as consultas de saúde infantil sensibilizei os pais para o facto de os primeiros anos vida serem dos períodos mais vulneráveis no que se refere ao crescimento, salientando a importância da nutrição como o fator interveniente sobre o crescimento e o desenvolvimento. Expliquei ainda aos pais que as curvas de crescimento são um instrumento fundamental para monitorizar o estado de nutrição e o crescimento das crianças e dos adolescentes conforme é referido no PNSIJ, não contemplando contudo, a variabilidade genética e o historial familiar de cada criança, implicando uma análise mais personalizada caso se afastem do desvio padrão.

Relativamente à avaliação do desenvolvimento psicomotor da criança, tranquilizei os pais acerca da velocidade com que cada criança passa de um estágio para o outro como sendo um processo individual de cada criança. Colaborei na aplicação dos testes de avaliação do desenvolvimento psicomotor e psicossocial da criança como é o caso da escala *Mary Sheridan Modificada*, o que me permitiu desenvolver a capacidade para detetar sinais de alarme. Esta avaliação é registada informaticamente, ficando documentada toda a informação colhida. Esta escala avalia aspetos como: postura e motricidade global; visão e motricidade fina; audição e linguagem; comportamento e adaptação social. Através do uso desta escala, consolidei os meus conhecimentos acerca dos marcos do desenvolvimento psicomotor e percecionei que o objetivo central do uso da mesma se centra na avaliação do desenvolvimento da criança, possibilitando a referenciação nas crianças que apresentem atrasos e intervindo de uma forma precoce na sua recuperação. Forneci ainda, informação aos pais acerca das atividades que podem promover o desenvolvimento da criança em cada estágio de desenvolvimento.

Na avaliação do desenvolvimento da criança, o Guia Orientador de Boa Prática (GOBP) sobre a promoção do desenvolvimento infantil na criança defende a adoção de estratégias

promotoras do desenvolvimento psicoafectivo. Efetivei estas estratégias adotando uma abordagem carinhosa com a criança, elogiando, aceitando e respeitando o ritmo da criança. Ainda neste âmbito, sensibilizei os pais para aspetos como: adoção de uma postura de motivação positiva; deixarem a criança brincar; transmitirem à criança que errar é humano e que por vezes podem fracassar; a disciplina assume um papel importante no autocontrole (OE:GOBP, 2008). Alertei também os pais para o facto de a nutrição ser um fator que influencia o crescimento e o desenvolvimento da criança, sendo os hábitos alimentares inadequados um dos principais fatores de risco para a mortalidade precoce, segundo o Programa Nacional da Alimentação Saudável. Atuei na prevenção de consumos nocivos em jovens, recorrendo à consciencialização dos malefícios destas substâncias para a saúde e as doenças que acarretam, capacitando os jovens para a tomada de decisão consciente. Aquando da colaboração nas consultas de saúde infantil, forneci informação antecipatória adequada aos estádios de desenvolvimento da criança e jovem, tendo por base as normas da DGS explicitas no PNSIJ, que sintetizo da seguinte forma:

-1º ano de vida: promovi o aleitamento materno, exclusivo, até aos 6 meses; consciencializei os pais para o síndrome de morte súbita do lactente, referindo a posição correta do bebé para dormir; sinais e sintomas que justifiquem recorrer ao SUP; ritmo circadiano; avaliação da interação pais-bebé; obstipação e cólicas; alimentação diversificada; hábitos e rotinas diárias (creche e quarto próprio); estimular a compreensão da linguagem.

-Dos 1 aos 3 anos: capacitei os pais sobre a anorexia fisiológica no 2º ano de vida; escovagem dos dentes; importância do brincar; promover o equilíbrio entre a necessidade de autonomia e a continuidade de proteção do bebé; aprendizagem de rotinas diárias; birras e relacionamento com outras crianças; medos terrores e pesadelos noturnos; sexualidade (reconhecimento das diferenças entre sexos); desmame da chupeta, biberão e ritual para adormecer.

-Dos 4 aos 9: alimentação saudável; saúde oral; prevenção de acidentes; estimular a criatividade e hábitos de leitura; enurese noturna e encoprese; “higiene do sono”.

- Dos 10 aos 18 anos: puberdade; “higiene do sono”; saúde oral; prevenção de acidentes; consumos nocivos; socialização; sexualidade; contraceção; violência no namoro; falar do trabalho, assédio moral e sexual.

Durante as consultas de saúde **colaborei no cumprimento do PNV**. Segundo a WHO a vacinação é vital para prevenir doenças e proteger a vida, como tal os profissionais de saúde são o principal veículo para promover a erradicação de doenças. Durante as consultas de saúde infantil aproveitei a oportunidade para transmitir aos pais a importância da vacinação, informando-os acerca das doenças que podiam ser prevenidas através da administração da vacina e esclarecendo-os sobre os efeitos secundários e sobre as medidas a adotar caso surjam. Constatei durante a realização destas consultas que os pais são bastante conhecedores dos benefícios da vacinação e os enfermeiros desenvolvem um trabalho criterioso em todas as consultas, através da verificação do Registo de Saúde Eletrónico[®]. Porém, após a administração da vacina os pais revelavam alguma apreensão quanto efeitos adversos da mesma. Em virtude deste receio, colaborei na explicação de possíveis reações como a dor e rubor no local da vacina, febre e mal-estar generalizado, referindo mediante a vacina administrada qual era a suscetível de provocar mais reações (caso fossem administradas em membros diferentes). Durante a minha colaboração na administração de vacinas recorri às estratégias não farmacológicas para controlo e alívio da dor adequadas a cada estágio de desenvolvimento das quais destaco: sucção não nutritiva; carícias; estratégias de relaxamento; ouvir a música preferida; distração.

Nas consultas com adolescentes colaborei na promoção da sua autoestima, consciencializando-os para a importância das escolhas de saúde que fazem. Dei particular importância a aspetos como: infeções sexualmente transmissíveis, dado que o risco associado a estas infeções aumentou; falta de qualidade e quantidade do sono e suas consequências, agora muito agravada pelo uso de ecrãs; saúde mental dos jovens como um problema ainda pouco esclarecido, apresentando os jovens sintomas de tristeza extrema, desregulação emocional, preocupações intensas e invasivas (Matos, 2018). Este último aspeto pode implicar uma referenciação, requerendo uma observação da postura do adolescente durante a realização das consultas como coadjuvante à deteção precoce de situações que possam afetar negativamente qualidade de vida do adolescente. Na realização destas consultas procurei estabelecer uma relação de confiança com o adolescente permitindo a expressão de emoções, assegurando a privacidade e confidencialidade e realizando a consulta só com o adolescente caso solicitado. Através da realização destas consultas e da constante preocupação com os problemas atuais da criança e do jovem considero ter atingido a seguinte competência: *demonstrar*

consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP.

De relevar ainda, que a saúde é gerada e vivida pelas pessoas nos espaços da sua vida diária segundo a Carta de Ottawa (1986), tendo esta mudança de paradigma conduzido à necessidade de alargar a intervenção à Saúde Escolar. Através da interação entre os ambientes e as pessoas cria-se um padrão de saúde do indivíduo, da família, da escola e da comunidade. Posto isto, o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) apresenta-se como um instrumento orientador das políticas nacionais que através do fornecimento de informação em saúde pretende fomentar a participação e responsabilização de todos com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens. O PNSE apresenta 6 eixos estratégicos sendo o primeiro eixo o da capacitação, tendo adstritas as seguintes áreas de intervenção: saúde mental e competências socio emocionais; educação para os afetos e sexualidade; alimentação saudável e atividade física; higiene corporal e saúde oral; hábitos de sono e repouso; educação postural; prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas; comportamentos aditivos sem substância (DGS, 2015). No UCC a intervenção na comunidade escolar é atualmente desenvolvida com base num diagnóstico de necessidades realizado no ano anterior, o que conferiu oportunidade de assistir a AES nas áreas do **bullying**, **higiene do sono e sexualidade** ao 5º, 7º e 10º anos respetivamente, pois eram as áreas que estavam a ser dinamizadas pelos estudantes da licenciatura em enfermagem e pelos médicos internos de pediatria quando estágio nesse contexto. A comunidade escolar da área de intervenção da UCC onde realizei estágio é constituída por 4270 alunos, distribuídos por 2 agrupamentos de escolas e 3 Instituições Particulares de Solidariedade Social.

Durante a prestação de cuidados desenvolvi um processo de tomada de decisão sustentado por uma racionalidade crítica e o desenvolvimento de uma capacidade reflexiva. Assentando o objetivo de uma prática reflexiva no crescimento e autodescoberta, permitindo que estas sejam parte integrante da experiência clínica (Abreu, 2007). Por conseguinte, durante a minha prática adotei uma postura de reflexão para a ação, principalmente quando discutia criticamente o planos de cuidados com a enfermeira orientadora, não obstante refletia na ação quando analisava que intervenções poderíamos implementar, visando a melhoria dos resultados obtidos para determinado diagnóstico e, por fim, refletia sobre a ação quando consultava as **notas de campo** que havia realizado e analisava o que poderia ser melhorado. Após ter realizado pesquisa bibliográfica e ter

refletido sobre os aspetos que poderiam ser otimizados, recorria ao debate crítico com a enfermeira orientadora e equipa multidisciplinar para esclarecer dúvidas e partilhar os conhecimentos adquiridos. Esta fundamentação constante a que tive de recorrer para expor as minhas dúvidas perante a equipa multidisciplinar permitiu-me desenvolver a seguinte competência: *produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara e refletir na e sobre a sua prática de, de forma crítica.*

Em síntese, durante a minha prestação de cuidados nas consultas de saúde infantil desenvolvi imensas aprendizagens relativas a: avaliação do crescimento e do desenvolvimento infantil obtida pelos dados antropométricos; avaliação do desenvolvimento psicomotor através do uso da escala *Mary Sheridan Modificada*; promoção do desenvolvimento psicoafectivo; estimulação de comportamentos de vida saudáveis, adequados aos diferentes estádios de desenvolvimento e necessidades individuais; adesão à vacinação, reações vacinais, vacinas preconizadas do PNV e fora do plano; promoção da saúde física e mental do adolescente, por forma a detetar precocemente situações que possam afetar negativamente a vida do adolescente. Estas aprendizagens conduziram-me à aquisição da seguinte competência: *desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.* Pude ainda, perceber a importância que o enfermeiro de saúde escolar tem em assegurar o cumprimento PNSE e a importância que este assume no aumento do potencial educativo das crianças e adolescentes. O EESIP atua junto da comunidade educativa capacitando para a tomada de decisão consciente, promovendo um ambiente salutar, identificando e auxiliando possíveis situações que possam interferir no processo ensino-aprendizagem. Considero ter atingido o objetivo a que propus em todos os contextos, através do desenvolvimento de intervenções autónomas de enfermagem e do fornecimento de orientações antecipatórias. Adquiri um maior domínio clínico e desenvolvi uma prática baseada em resultados de investigação, um saber-fazer incorporado e a capacidade para conseguir ver a situação no seu todo e o inesperado, que segundo o modelo de aquisição de competências de Patricia Benner, é imprescindível para atingir o grau de perito (Allgood & Tomey, 2004).

Competências

- *Abordar as questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;*
- *Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas no âmbito da área da EESIP;*
- *Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;*
- *Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada;*

Objetivo específico	Atividades
Assistir a criança em situações de especial complexidade no âmbito da UCIN e do SUP	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir a criança e adolescente em situação de urgência; - Assistir o RN de extremo baixo peso; - Consulta do Parecer nº 161/2009 sobre a inserção do cateter epicutâneo.

A prestação de cuidados especializados de uma forma cada vez mais autónoma requer um aprofundamento de conhecimentos e habilidades. No decurso da prestação de cuidados identifiquei algumas situações imprevistas e complexas que exigiram uma atitude crítica e reflexiva. Das experiências vivenciadas destaco a reanimação de um lactente no contexto de SUP e a prestação de cuidados de enfermagem a RN de alto risco na UCIN.

No contexto de urgência assisti a uma situação de necessidade de reanimação de um lactente, onde pude testemunhar a decisão da equipa em permitir que os pais pudessem estar presentes nos cuidados pós reanimação. Esta situação levou-me a uma reflexão à posteriori sobre que condições devem estar reunidas e como se deve desenrolar todo o processo. Através da realização de pesquisa bibliográfica constatei que a presença dos pais na sala de reanimação ajuda-os a terem uma perspetiva mais realista acerca da tentativa de reanimação, para além disso, em caso de morte têm a hipótese de se despedir da criança. Contudo, a sua presença na sala de reanimação implica que exista um elemento disponível para explicar o processo de uma forma empática, garantindo que isso

não interfere ou causa distração durante a reanimação. Caso a presença dos familiares impeça o processo de reanimação, deve ser solicitado de uma forma sensível que saiam da sala de reanimação (ERC, 2015). O facto de ter participado em todo o processo e ter usado os meus conhecimentos teóricos previamente adquiridos para fornecer todo o apoio à família durante este processo de reanimação, permitiu-me desenvolver as seguintes competências: *demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas no âmbito da área da EESIP; abordar as questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP.*

No contexto de neonatologia tive oportunidade de prestar cuidados a um RN de alto risco de 27 semanas durante um longo período, de uma forma autónoma com a supervisão da enfermeira orientadora, o que me possibilitou identificar os focos de atenção, planear os cuidados, executá-los e avaliá-los. Pude realizar vários procedimentos técnicos como: aspiração de secreções; colocação de sonda mesogástrica; punções para avaliação da glicemia capilar; manutenção e otimização de cateter epicutâneo; cuidados relacionados com ventilação não invasiva (CPAP). Decorrentes destes procedimentos técnicos surgiu a necessidade de colocar um cateter epicutâneo, que foi colocado pelo enfermeiro após estabelecido um processo comunicacional com o médico. Relevo a importância da comunicação que se estabeleceu entre os dois profissionais como extremamente benéfica para o RN, pois o procedimento foi realizado pelo profissional mais experiente e mais qualificado para desempenhar a técnica, conforme é referido no **Parecer nº 161/2009 da OE relativamente à inserção do cateter epicutâneo**. A consulta deste parecer elucidou-me que a inserção do cateter epicutâneo pela via periférica pode ser realizada pelo enfermeiro por este ser o profissional tecnicamente mais bem colocado para o executar, cumprindo o princípio da beneficência. Enquanto que a colocação pela via central faz com que o médico seja o profissional mais bem colocado para determinar a adequação da extremidade do cateter (OE, 2009). Esta situação permitiu-me desenvolver as seguintes competências: *avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada e avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada.*

Nos vários contextos de estágio tive em consideração a dor como o 5º sinal vital, por isso desenvolvi algumas intervenções de enfermagem que considerei pertinentes e tracei um

objetivo específico e desenvolvi atividades, por forma a responder à importância que o tema da dor assume na prestação de cuidados ao RN, criança e jovem.

Objetivo específico	Atividades
Aprofundar os conhecimentos sobre o controlo e alívio da dor nos diferentes contextos de estágio	-Avaliação e registo da dor utilizando a Escala de Avaliação da Dor existente no serviço; -Aprofundamento teórico acerca da fisiologia da dor no RN/criança; -Utilização de estratégias não farmacológicas/farmacológicas para alívio da dor.

Reflexão

A preocupação com a dor das crianças resulta do reconhecimento que as crianças têm dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências a longo prazo. O controlo e alívio da **dor** apresenta-se como um dever ético e requer termos presentes os seguintes princípios: idade da criança e desenvolvimento cognitivo; negociar a presença dos cuidadores; instruir os pais acerca dos comportamentos verbais e não verbais que otimizam a sua presença junto da criança; permitir que os pais decidam o tipo de colaboração que pretendem dar; assegurar que os procedimentos sejam executados pelo enfermeiro com quem a criança/família já tem uma relação de confiança estabelecida (se possível); fornecer informação à criança de forma simples e exata sobre o que irá ser feito (OE:GOBP, 2013). Durante a minha prática atentei aos seguintes aspetos: diagnostiquei e registei a dor; valorizei os relatos de dor; utilizei as escalas adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança; avaliei os sinais fisiológicos e comportamentais de dor; instruí a criança/família sobre as estratégias de controlo de dor (farmacológicas e não farmacológicas). Este foco no contexto de neonatologia e urgência está bastante presente, enquanto que no contexto de saúde infantil cinge-se à administração de vacinas. Como tal, aquando da minha colaboração incentivei o uso de medidas farmacológicas como sucção não nutritiva, amamentação, colo, carícias e presença do cuidador.

A sua avaliação reveste-se, portanto, de particularidades que obrigam a considerá-la separadamente de outros grupos etários (DGS, 2010). Tive oportunidade de observar as

práticas de **avaliação de dor e também avaliar e registar a dor** dos RN internados na UCIN, sendo utilizada para a sua avaliação a escala *EDIN* (*Échelle de la Douleur et de l'Inconfort du Nouveau-né*), que é uma escala comportamental utilizada nos primeiros 28 dias de vida (DGS, 2010). Por sua vez, no SUP são utilizadas várias escalas sendo as mais predominantes a escala de faces *Wong Baker* (utilizada a partir dos 3 anos) e a escala numérica (utilizada a partir dos 6 anos), procedendo-se ao seu registo no momento da triagem (DGS, 2010). Constatei durante a minha prática, que a avaliação da dor em crianças pode ser difícil, muitas vezes por incapacidade de verbalizar a dor, no caso dos RN internados em neonatologia, o que implica ter de recorrer a instrumentos comportamentais e fisiológicos (escalas do observador) para conseguir proceder à sua avaliação, o que solicitou o desenvolvimento da minha capacidade para interpretar os sinais de dor no RN.

No caso de crianças acima dos 3 anos utilizei a escala de faces *Wong Baker* e segui as normas de boas práticas definidas pela DGS, acreditando sempre na dor que a criança referia, dando tempo a criança para expressar a sua dor, dialogando com a criança e observando-a (DGS, 2010). Destaco ainda, que aprofundei os meus conhecimentos acerca de cada instrumento metodológico para conseguir ser rigorosa na avaliação de dor, contudo em situação de urgência dei prioridade ao seu tratamento em vez da sua avaliação, conforme recomenda a DGS. Necessitei de **aprofundar os meus conhecimentos acerca da fisiologia da dor**, pois segundo a CIPE® a dor é uma perceção corporal comprometida caracterizando-se por: aumento da sensação corporal desconfortável, referencia subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de auto proteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite (ICN, 2015). Durante a realização de procedimentos dolorosos segui a norma da DGS n.º 022/2012, dando particular destaque à cateterização ureteral e à entubação nasogástrica, em que está preconizada a aplicação de anestésico local antes do início do procedimento (DGS, 2012). Vi práticas de cuidados e implementei como recomenda a DGS, durante a prestação de cuidados **estratégias não farmacológicas para controlo da dor**. Recorri ao uso das seguintes intervenções sensoriais e cognitivo-comportamentais: amamentação; contenção com lençol ou contenção manual; distração; sacarose a 24%; sucção não nutritiva;

imaginação guiada; massagem; modelação; preparação; reforço positivo; relaxamento corporal e exercício respiratórios (DGS, 2012).

No âmbito do processo de formação do Curso de Mestrado, no estágio-*vigilância e decisão clínica* realizei uma AES sobre “estratégias não farmacológicas de controlo e alívio da dor em crianças” aos enfermeiros de um serviço de internamento de Pediatria Médica (apêndice V). Percecionei que foi um ganho para o grupo de pares, nomeadamente no que se refere à administração da sacarose a 24%, pois contribuiu para uma administração mais criteriosa do fármaco relativamente aos tempos de administração (2 minutos antes do procedimento) e ao local (porção anterior da língua), conforme recomenda a norma da DGS acima referida. Particularmente no contexto de urgência as medidas farmacológicas são muito usadas, porque as patologias que geralmente levam a criança/família a recorrer ao SUP têm geralmente dor associada. Todavia, fruto dos conhecimentos anteriores adotei o uso de medidas não farmacológicas para o controlo de dor como o contacto físico com a mãe/pai, o embalo antes do início do procedimento que se revelaram, a meu ver, extremamente benéficas para a realização de procedimentos invasivos no caso dos RN, tendo associado ainda a sucção não nutritiva à glicose a 30%. No caso das crianças maiores, recorri frequentemente à técnica da distração (técnica que direciona a atenção para situações não relacionadas com o procedimento doloroso), utilizando no fim dos procedimentos o reforço positivo. No caso dos adolescentes estabeleci uma conversa acerca de acontecimentos passados, presentes ou futuros, ajudando-os a descentrarem-se do seu pensamento sobre o procedimento em causa (OE:GOBP, 2013).

Considero que consegui atingir o objetivo a que me propus, pois desenvolvi uma prática mais criteriosa na aplicação de escalas de dor em crianças e desenvolvi a capacidade de identificar sinais de dor em crianças. Durante a realização de procedimentos invasivos tive uma preocupação constante com o alívio da dor na criança e segui as orientações que a DGS define. Implementei também medidas não farmacológicas de controle da dor e sensibilizei os profissionais para o uso repetitivo destas, reforçando a importância do uso criterioso das técnicas para obtenção de sucesso aquando da realização das mesmas.

Os cuidados centrados no desenvolvimento apresentaram-se como um tema que me suscitou interesse desde o início do Curso, pelo facto de apresentarem estratégias promotoras do desenvolvimento do RN, respeitando o RN e a sua família e minimizando os efeitos negativos do ambiente sobre o cérebro imaturo do RN. Decorrente deste

interesse no contexto de neonatologia tracei um objetivo específico e atividades para o concretizar, que serão seguidamente apresentadas.

Objetivo específico	Atividades
Prestar cuidados ao recém-nascido com vista a potenciar a vinculação e o seu desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivei a prática do método de Canguru; - Adoção de estratégias na prestação de cuidados que potenciam o desenvolvimento.

A vinculação é uma ligação emocional recíproca e duradoura entre o bebé e a figura parental, em que cada um contribui para a qualidade da relação (Papalia, Olds, & Feldman, 2001). Com o objetivo de estimular a vinculação demonstrei aos pais que o RN é um ser competente, complexamente organizado e um ser social, possuindo determinadas competências comportamentais. Estas competências podem ser visualizadas num conjunto de expressões comunicativas e comportamentos, na sua conduta altamente previsível e nas iniciativas que ele adota, suscetíveis de influenciar o curso de acontecimentos comunicativos entre a mãe e o bebé. De modo a promover esta vinculação durante a minha prática na UCIN, **incentivei o uso do método de canguru** não só com a mãe, mas também com o pai. O método de canguru apresenta como vantagens os seguintes aspetos: equilíbrio entre os sistemas tátil/proprioceptivo/visual e auditivo; auxilia no sono; manutenção da temperatura adequada; favorece aspetos cardiorrespiratórios; ganho de peso; aleitamento e a vinculação (Santos, 2011). Após elucidar os pais sobre as vantagens do método verificava se estavam recetivos à sua realização, o que geralmente acontecia. Realço ainda, que tive a oportunidade de participar num projeto existente no serviço designado de “projeto canguru”, que pretende incentivar o aumento do tempo de permanência dos bebés em canguru.

Para além do incentivo ao uso deste método como estratégia promotora dos **cuidados centrados no desenvolvimento** do prematuro, implementei também as seguintes intervenções durante a prestação de cuidados: diminuição de ruído; minimizar a exposição do RN à luz, pois a luz forte e contínua é um fator de stress para o RN internado na UCIN; agrupamento dos cuidados, desenvolvendo-se uma parceria entre a equipa multidisciplinar e a família, realizando os cuidados não duma forma rotineira, mas

respeitando os ciclos de sono do RN e de acordo com os sinais do RN (esboço de movimentação para acordar) mantendo-o organizado. Relativamente aos posicionamentos estes são dirigidos para minimizar o gasto de energia, enquanto promovem um equilíbrio entre a flexão e a extensão (Santos, 2011). Ainda como medida promotora do desenvolvimento incentivei os pais a estarem juntos do seu bebé, facilitando a participação nos cuidados que se sentiam confortáveis a prestar, incidindo estes essencialmente sobre alimentação, higiene e posicionamentos. Todas estas medidas por mim adotadas durante a prestação de cuidados direcionaram-se para a promoção do conforto ao RN, sendo o conforto definido, segundo a teoria do conforto de Katherine Kolcaba, como um resultado positivo e holístico importante para medir a eficácia das estratégias implementadas ao nível da prestação de cuidados de enfermagem (Kolcaba & Dimarco, 2005).

Os cuidados centrados na família apresentam-se como um dos pilares da enfermagem pediátrica, como tal tracei um objetivo específico, descrevi e analisei as atividades para dar resposta a este tema tão relevante da enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Objetivo específico	Atividades
Promover cuidados centrados na família	<ul style="list-style-type: none"> - Envolver os pais na prestação de cuidados à criança; - Fornecimento de informação aos pais; - Negociação dos cuidados com os pais; - Desenvolvimento dos cuidados antecipatórios; - Consulta do PNSIJ; - Promoção de um ambiente adequado à criança/família.

Reflexão

O ICN através da CIPE®, define família da seguinte forma: “*Grupo: Unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes*” (ICN , 2015, p. 143). Subsequentemente, torna-se inevitável **envolver a família na prestação de cuidados**, reconhecendo os pais como

uma parte essencial dos cuidados à criança e ao adolescente. O papel do EESIP deve ser o de promover a colaboração entre a família e a equipa no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados prestados à criança.

Durante a realização do estágio tive contacto com uma instituição que segue o modelo de Anne Casey, segundo o qual o processo de enfermagem deve assentar numa parceria de cuidados, onde é explicado à família o envolvimento que podem ter nos cuidados, para eles decidirem os cuidados que se sentem capazes de prestar (Casey & Mobbs, 1988). Em termos concretos, sendo o alvo dos cuidados o RN, traduz-se em que à medida que os pais se vão capacitando e que a situação clínica do RN o permite, sejam tidos como os prestadores de cuidados em aspetos como tomar conta, alimentação, higiene e posicionamentos. No contexto de neonatologia dei continuidade ao modelo em uso não só pelo facto de ser um modelo preconizado pela instituição, mas porque considero ser uma mais valia na prestação de cuidados às crianças, muito mais a um RN, em que o estabelecimento de um processo de vinculação se torna primordial para o seu desenvolvimento. Assim, **fornecei toda a informação necessária aos pais de modo a capacitá-los**, no sentido de desenvolverem conhecimentos e competências de parentalidade, quando estes demonstravam vontade de prestar os cuidados, **negociava com eles os cuidados**, apoiando ou supervisionando os cuidados que desenvolviam. Posteriormente, tendo como referência o foco da prática de Enfermagem acerca do papel parental, fazia a minha avaliação nas áreas que estão preconizadas que os pais detenham competências no momento da alta, tais como: desenvolvimento infantil; promoção de saúde; higiene; alimentação; e eliminação. Esta sistematização foi essencial para planear a prestação de cuidados e desenvolver a preparação para a alta desde o momento de admissão.

No contexto de urgência o desenvolvimento da parceria de cuidados revela-se um grande desafio, não só pelo grande fluxo de doentes, mas cima de tudo pelo estado emocional em que toda a família se encontra. Foquei a minha atenção, na capacitação dos pais através do fornecimento de informação acerca da patologia que trouxe a criança ao SUP e das vigilâncias inerentes. Esta parceria estende-se também à realização de procedimentos invasivos, onde do que verifiquei os pais demonstram sempre vontade de estarem presentes, sendo essenciais no processo de conforto da criança. Posto isto, procurei envolver sempre os pais nos cuidados, explicando em que consistia o

procedimento e verificando se se sentiam confortáveis em colaborar na realização do mesmo.

No contexto de saúde infantil, a filosofia da prestação de cuidados é também centrada na família, desenvolvendo-se ao longo do ciclo vital. Cada enfermeiro de família é responsável por prestar cuidados à família de uma forma holística e sistémica. Para além de um cuidado centrado na família, impera a **valorização dos cuidados antecipatórios**. Os cuidados antecipatórios apresentam-se como um fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, sendo facultado aos pais e outros cuidadores os conhecimentos necessários para melhorar o desempenho do papel paternal (DGS:PNSIJ, 2013). A necessidade da compreensão mais profunda deste conceito surgiu logo no contexto de neonatologia durante a preparação para a alta, sendo logo fornecidas informações sobre a fase seguinte. Nas consultas de saúde infantil este aspeto é central, pois as consultas são marcadas para idades-chave correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança ou do adolescente, tais como as etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade (DGS:PNSIJ, 2013). Portanto, para poder colaborar numa forma assertiva nas consultas de saúde infantil, recorri à consulta do PNSIJ que apresenta linhas orientadoras acerca dos parâmetros a avaliar e dos cuidados antecipatórios a desenvolver para os diferentes estádios de desenvolvimento e de acordo com a periodicidade das consultas.

Durante a prestação de cuidados torna-se relevante deter um conhecimento prévio de que a criança ao participar no seu cuidado mantém a sensação de controlo, diminuindo assim a resistência e a falta de cooperação durante a realização de procedimentos (Hockenberry & Wilson, 2014). Em virtude deste conhecimento, surgiu a necessidade de **promover um ambiente adequado para a criança e sua família**, assumindo sempre uma atitude de garantia de privacidade, bem como o estímulo da criança/jovem a expressar as suas emoções, medos e dúvidas durante a realização dos procedimentos e a consecutiva aceitação das diferentes reações que ela pode assumir em situação de medo.

Competência	
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.	
Objetivo específico	Atividades
Desenvolver competências no apoio à transição e ao desempenho da parentalidade	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção do envolvimento dos pais nos cuidados; - Identificação/apoio nas necessidades de aprendizagem dos pais; - Avaliação das competências parentais; - Assistir às sessões de massagem infantil; - Realização de uma AES sobre “segurança e prevenção de acidentes no 1º ano de vida”. - Incentivo ao aleitamento materno.

Reflexão

Meleis, et al. (2000), defende que as mudanças na saúde e na doença dos indivíduos cria um processo de transição e que os clientes em transição, tendem a ser mais vulneráveis aos riscos que podem afetar a sua saúde. A transição é então assumida como uma passagem de um estado, condição ou lugar para outro, ocorrendo ao longo do ciclo vital múltiplas transições (Chick & Meleis, 1986). Sendo que, segundo Collière, desde o nascimento até à morte toda a vida é marcada por uma sucessão de passagens, as quais para serem ultrapassadas, exigem ser envolvidas por cuidados (Collière, 2001). Destas transições que fazemos ao longo do ciclo vital existe uma que Mercer (2004) intitula como o maior evento desenvolvimental na vida, a maternidade. Visto que, tornar-se mãe envolve passar de uma realidade conhecida, para uma nova e desconhecida realidade. O enfermeiro assume um papel determinante em facilitar esta transição e ajudar a família a compreender esta vivência do processo de parentalidade. Sendo a parentalidade definida segundo a CIPE®, da seguinte forma: “Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade

quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” (ICN , 2015, p. 71).

Baseado neste conhecimento previamente adquirido na componente teórica do curso, durante a assistência à criança/família nos diferentes contextos de estágio, prestei cuidados sempre com a premissa que o processo de internamento se apresenta como um processo de transição para toda a família. No contexto de neonatologia à medida que ia desenvolvendo a minha assistência ao RN atentava à identificação da percepção dos pais acerca da função parental, identificando os seus limites de atuação e dispondo o meu tempo para os conhecer. Através do diálogo com os pais conseguia **identificar as suas necessidades de aprendizagem** como um fator de extrema importância, pois a **participação dos pais** no processo de cuidados ao seu filho dependerá das suas expectativas face à satisfação dessas necessidades (OE:GOBP, 2015). Durante a minha prática informava os pais sobre as intervenções que ia realizando, adequando ao seu grau de compreensão, para assim se sentirem incluídos no plano de tratamento do seu filho.

A identificação do conhecimento dos pais acerca de comportamentos de procura de saúde sobre desenvolvimento infantil, gestão do regime terapêutico e precauções de segurança, implica que se utilizem como estratégias a comunicação e a informação, instrumentos de relevância fundamental na prestação de cuidados (OE: GOBP, 2015). À medida que desenvolvia a minha prática existiam aspetos em que os pais apresentavam dificuldades e era necessário **fornecer apoio**, como por exemplo alimentação do RN por gavagem. Este processo requereu que utilizasse uma estratégia de capacitação para um processo de empoderamento. Tendo presente, que os profissionais capacitam as famílias ao criarem oportunidades e meios para que todos os membros da família adquiram novas capacidades e competências, por forma a atender às necessidades da criança e da família. O empoderamento implica a interação dos profissionais com as famílias, de tal forma que as famílias mantenham ou adquiram o senso de controle sobre a vida familiar e reconheçam mudanças positivas decorrentes de comportamentos que asseguram um ganho progressivo das forças próprias, capacidades e ações (Hockenberry & Wilson, 2014). Isto orienta para uma constante negociação dos cuidados, assente no respeito pela tomada de decisão dos pais acerca dos cuidados que pretendem ou não prestar. O papel parental altera-se ao longo do ciclo vital, pois cuidar de um RN, de uma criança ou de um adolescente implica responsabilidades diferentes.

Na primeira etapa da parentalidade sobressaem as questões da ligação pais-bebé e todos os fatores que podem influenciar positiva ou negativamente essa ligação (OE:GOBP, 2015). Importa compreender e valorizar a relação com os pais, utilizar o comportamento da criança como linguagem, reconhecer aquilo que se traz para a interação, estar disponível para discutir assuntos que vão para além do nosso papel tradicional, aproveitar as oportunidades para promover a mestria parental, focalizar a paixão onde a encontrarmos, valorizar a desorganização e a vulnerabilidade como oportunidades e compreender que os pais são peritos nos seus filhos (OE: GOBP, 2015). Nos momentos em que fornecia informação aos pais, atentei aos seguintes aspetos: ouvir a criança e a família; incluir a criança e a família no plano de cuidados; mostrar disponibilidade para esclarecer dúvidas; facilitar a expressão de emoções e a aprendizagem de estratégias de *cooping*; ter consciência dos valores e crenças de cada família; comunicar com a família de uma forma antecipatória, antes da minha tomada de decisão, de modo a que eles pudessem participar na tomada de decisão acerca dos cuidados aos seus filhos.

Considero que a minha atuação ao nível da parentalidade foi extremamente enriquecedora, uma vez que tive oportunidade de **avaliar as necessidades parentais** através da observação e da interação com os pais, assumindo uma atitude empática de modo a promover a sua autoestima, identificando as suas dificuldades e fornecendo-lhe toda a informação necessária para melhorem o seu papel parental. Saliento ainda, que segundo Mercer (2002), o apoio na transição para a parentalidade requer que o contacto com os pais se processe de forma positiva, por isso durante a minha prática promovi a autoestima dos pais, dando ênfase aos seus pontos fortes

As interações estabelecidas com os pais no Curso de Massagem Infantil (CMI) representam também oportunidades para avaliar as necessidades parentais e fornecer informações sobre temas que os pais necessitem. Tive oportunidade de **assistir às sessões do CMI**, ministrados pela EESIP da UCC (instrutora certificada pela Associação Portuguesa de Massagem Infantil) e de aprofundar teoricamente o tema da massagem infantil. Resultante da pesquisa realizada, compreendi que a massagem apresenta efeitos a nível psicológico, fisiológico, bioquímico, melhorando a atividade vagal e reduzindo os níveis de cortisol presentes no sangue (Field, 2016). Favorece ainda, os laços de vinculação afetiva e promove a regulação dos sistemas fisiológicos, inclusivamente do sistema imunitário (Figueiredo, 2007). No CMI para além da demonstração e execução pelos pais da técnica de massagem é criado pela EESIP um espaço de partilha de

experiências, onde nas diversas sessões eram introduzidos temas facilitadores da expressão de emoções, relacionados com as experiências da parentalidade, tais como: expectativas relativas ao parto e confrontação com a realidade; expectativas de papel e satisfação no desempenho do papel; forma como os pais lidam com as expectativas da sociedade, família e amigos relativamente aos comportamentos de papel. A participação neste Curso proporcionou-me uma oportunidade para consolidar os conhecimentos teóricos previamente adquiridos, acerca dos benefícios da massagem para o bebé como a redução do *stress* e o fortalecimento do sistema imunitário. O Curso possibilita aos pais uma a realização e o treino do toque positivo, que é tão importante para o estabelecimento da vinculação. Para além disso, é fornecido por um profissional com todas as competências para elucidar os pais que massagem beneficia diretamente o padrão do sono e reduz as cólicas (um tema que tantas dúvidas causa aos pais).

O CMI insere-se no Curso de Promoção da Parentalidade existente na UCC. Através da consulta do Plano de Ação da UCC compreendi que a natureza desse projeto assenta no desenvolvimento de um modelo de cuidados que pretende disponibilizar cuidados de enfermagem especializados, diferenciados e integrados, com a finalidade de contribuir para uma transição saudável para a parentalidade e promover a saúde do bebé. Este projeto é da responsabilidade de uma EESIP e de uma Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), funcionando em estreita articulação com os enfermeiros de família, promovendo assim a continuidade de cuidados. O objetivo do Projeto centra-se na promoção de competências para o exercício da parentalidade desde as 20 semanas de gestação até aos 9 anos, englobando crianças saudáveis e crianças com necessidades especiais. O Projeto preconiza que ocorra um 1º contacto individual, onde a EESMO e a EESIP avaliam as necessidades individuais de aprendizagem das grávidas/casais e elaboram um plano individual de preparação para a parentalidade. Numa segunda fase é realizado o curso de preparação para o parto, englobando sessões teóricas temáticas em grupo (antes e depois do nascimento). Ocorre ainda, um terceiro contacto de modo a avaliar a aquisição de conhecimentos sobre a parentalidade. Após o nascimento, dá-se continuidade à avaliação de necessidades e são planeados contactos individuais, sessões em grupo e VD.

Durante o meu estágio pude participar no projeto através da convocatória via telefone aos pais para frequentarem o CMI. As grávidas que tenham frequentado o curso de preparação para o parto e que manifestem interesse em participar no Curso são convocadas para aos

3 meses de vida do bebé, sendo constituído por 5 sessões que decorrem uma vez por semana. O facto da mãe se encontrar a gozar a licença de maternidade facilita a sua disponibilidade para frequentar o Curso, sendo geralmente ela que vem à sessão, embora seja muito incentivada a participação do pai. A educação parental faz também parte integrante deste projeto, e é utilizada para designar as intervenções desenvolvidas com o objetivo de apoiarem os pais ao exercício de uma parentalidade positiva (Ramalho, 2016). Assumindo o EESIP um papel fundamental na promoção da parentalidade considerei pertinente assistir as sessões teóricas de educação parental (6 no total). Enquadrado no curso realizei uma **AES sobre “segurança e prevenção de acidentes no 1º ano de vida”**, um dos temas preconizados no curso, encontrando-se o planeamento da AES no apêndice IV. Dinamizei esta sessão, sensibilizando os pais para a promoção da segurança dos seus filhos, dotando-os de conhecimentos acerca das estratégias que podem usar para prevenir a ocorrência dos acidentes e como tratar as lesões decorrentes dos mesmos. Posteriormente, forneci a bibliografia que considerei relevante, nomeadamente as recomendações da Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI) acerca da compra de brinquedos online, um tema emergente da atualidade. A pertinência deste tema evidencia-se em estatísticas que nos alertam para a importância da realização de sessões de educação parental como medida preventiva de acidentes, antes e depois do bebé nascer. Em Portugal entre 1992 e 2015, morreram 6.273 crianças e jovens na sequência de um traumatismo e lesão não intencional ou acidente (APSI, 2017). Estima-se ainda, que por cada criança que morre por acidente 45 a 129 requerem hospitalização e 1300 a 1635 são observadas no SUP (Batalha, Salva, & al., 2016). Com a elaboração desta AES pude aprofundar este tema e desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz nas consultas saúde infantil, onde a sensibilização dos pais para o tema é imprescindível, constando inclusive num dos objetivos do PNSIJ. A sessão constituiu uma oportunidade também para o esclarecimento de dúvidas dos pais.

Este projeto permite aos pais desenvolverem um papel parental mais ajustado às necessidades do bebé, melhorando a dinâmica comunicacional com bebé. Constituindo as sessões de educação parental, oportunidades para uma maior consciencialização acerca da tomada de decisão em aspetos como: alimentação; prevenção de acidentes; sono; choro do bebé; estimulação do desenvolvimento infantil; e, problemas de saúde mais comuns. As intervenções nesta área estão centradas na promoção e no fortalecimento das famílias, procurando disponibilizar mais informação e promover mais competências, mais

responsabilidade, auxiliando no processo de tomada de decisão (Abreu-Lima, Alarcão, Almeida, Brandão, & Cruz, 2010). O facto de as sessões serem realizadas em grupo diminuem os sentimentos e as experiências de isolamento, surge a oportunidade de partilharem experiências similares, assim como a possibilidade de modelagem e apoio mútuo dos pais (Ramalho, 2016).

Ainda no âmbito deste Projeto, participei no apoio ao papel parental no que se refere ao aleitamento materno, pois a amamentação apresenta-se como um foco da prática de Enfermagem que exige particular atenção no contexto dos CSP e na UCIN. O aleitamento materno tem vantagens para a mãe e para o bebé, no que diz respeito ao bebé: previne infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias; tem um efeito protetor sobre as alergias; melhora a adaptação aos outros alimentos; previne a diabetes e os linfomas. No que diz respeito às vantagens para a mãe, facilita uma involução uterina mais precoce e associa-se a uma menor probabilidade de ter cancro da mama, entre outros (Levy & Bértolo, 2012). A amamentação representa uma oportunidade de contacto físico e visual e entre a mãe e o bebé, sendo o sucesso da amamentação definido pela qualidade da interação mãe-bebé durante a mamada (Levi & Bértolo, 2012). Aquando do desenvolvimento da minha prática, forneci apoio no desempenho do papel maternal, adotando uma postura de constante compreensão e de isenção de juízos de valor, esclarecendo dúvidas, orientando e fornecendo toda a informação necessária, para que o desempenho desse papel ocorresse nas melhores condições possíveis. Ser mãe acarreta enormes mudanças na vida de uma mulher, implicando o exercício do papel maternal uma grande responsabilidade, o que a leva a mãe a questionar-se se está a desempenhá-lo de uma forma correta. Mercer (2004), defende que para que ocorra uma adaptação positiva à maternidade, devem estar presentes 3 fatores: comprometimento, apego e preparação. É necessário para a mãe se sentir realizada, que ela estabeleça um contacto íntimo com o seu bebé, de tal forma que se sinta competente e confiante no desempenho das suas atividades.

Durante a minha prática **incentivei o aleitamento materno**, sensibilizando que este deve constituir o regime alimentar exclusivo do bebé até aos 6 meses de vida, segundo a UNICEF. Nos CSP durante a realização de um “cantinho de amamentação”, pude estabelecer contacto com uma utente que apresentava dúvidas sobre a qualidade do seu leite e associava o choro do bebé a esse fator. Decorrente desta dúvida, juntamente com a minha orientadora observei e avaliei a mamada atentando aos seguintes aspetos: estado

da mama; comportamento de bebê e da mãe; comportamento do bebê no final da mamada; forma como a mãe segura o bebê e como se sente a amamentar. Após termos verificado que o processo de amamentação estava devidamente instalado, aproveitamos a oportunidade para instruir a mãe acerca do sono e do choro do bebê nos primeiros meses de vida. O apoio prestado aos pais durante a minha permanência nos CSP e no serviço de neonatologia, possibilitou-me desenvolver aprendizagens em aspetos como: vantagens do aleitamento materno; fisiologia da lactação; técnica de amamentação e de extração de leite; armazenamento do leite; cuidados a ter com as mamas.

Em síntese, no âmbito da parentalidade desenvolvi a capacidade de identificar as necessidades de aprendizagem dos pais, fornecendo apoio e informação mediante as necessidades detetadas, recorrendo a uma negociação constante dos cuidados. Tive ainda oportunidade de aprofundar o tema da massagem infantil e incentivar a sua realização como estratégia promotora do desenvolvimento do bebê. O desenvolvimento de atividades no âmbito da promoção do aleitamento materno, criaram oportunidades para aprofundar conhecimentos e apoiar o desempenho do papel maternal. Relevo ainda, a realização da AES aos pais no Curso de Promoção da Parentalidade com o objetivo de sensibilizar para os danos que os acidentes na 1ª infância apresentam não só para as crianças e sua família, mas também para a sociedade, foram um grande contributo para o desenvolvimento de aprendizagens nesta área. A pesquisa bibliográfica que todas estas atividades exigiram de forma a consolidar conhecimentos previamente adquiridos e a criação de novos, permitiu-me desenvolver a competência de *tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas*.

Competências

- Desenvolve competências de entrevista clínica, observação e diagnóstico da situação de saúde/doença na área de especialidade;
- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
- Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP.

Objetivo específico	Atividades
Desenvolver /aprofundar competências comunicacionais e relacionais com a criança e sua família;	<ul style="list-style-type: none">- Observação dos enfermeiros orientadores a comunicarem com a criança e sua família;- Realização de pesquisa bibliográfica acerca da comunicação com o RN, criança e jovem;- Utilização de técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança;- Encorajamento da comunicação expressiva de emoções;- Apoio dos cuidadores na tomada de decisão;- Comunicação com diferentes culturas.

Reflexão crítica

O método de comunicação mais usado com os pais na prática profissional é o processo de entrevista, sendo esta direcionada para uma meta, mais concretamente a colheita de dados. Cabendo ao profissional, atentar na comunicação com os pais a determinados aspetos, tais como: encorajar os pais a falar, pois a entrevista não é só uma oportunidade de determinar a saúde da criança e as condições do seu desenvolvimento, mas uma oportunidade para obter informações sobre os fatores que influenciam a sua vida; direcionar o foco da entrevista e permitir liberdade máxima de expressão, usando perguntas amplas e sem restrição; escuta ativa, visando a compreensão da pessoa que está a ser entrevistada; usar o silêncio, permitindo ao entrevistado pensar, sentir e procurar novas respostas; ser empático, sendo a empatia definida como a capacidade de

compreender o que a outra pessoa está a experienciar; fornecer informação antecipada, visto que, a forma ideal de intervir numa situação é lidar com ela antes que ela se torne um problema; evitar bloqueios à comunicação, designadamente formar conclusões precipitadas (Hockenberry & Wilson, 2014). No referente à comunicação com o RN, esta apresentou-se como uma dificuldade para mim, pelo facto de o RN reagir apenas a estímulos e compreender essencialmente a linguagem não verbal. De modo a ultrapassar esta dificuldade numa fase inicial **observei os enfermeiros orientadores a comunicarem com o RN, mobilizei os conhecimentos teóricos sobre a comunicação com a criança e realizei pesquisa bibliográfica**, com o objetivo de salientar a importância do toque como uma atividade indispensável na comunicação com o RN, mais concretamente através do toque positivo (*Positive Touch*®), na tentativa de compensar as experiências desagradáveis a que o RN está exposto na UCIN. O toque positivo envolve vários tipos de interação com o bebé incluindo: manuseio; retenção; método canguru; e massagem. Nos cuidados ao RN torna-se imprescindível também atentar à paralinguagem, em aspetos como: tom de voz, volume e o ênfase (Palazzi, Lorin, Turner, Ward, & Cabrera, 2015). Após a assimilação deste conhecimento, procurei estabelecer um contacto físico delicado com o RN, identificar a sua reação ao toque, fornecer palavras de conforto e usar um tom de voz baixo e calmo.

De referir ainda, que o contexto de urgência acresceu também a dificuldade da necessidade de **adequar a linguagem à faixa etária da criança/jovem**, pois este serviço acolhe crianças de diferentes faixas etárias o que me conduziu a aprendizagens extremamente enriquecedoras. Sendo referido, que na 1ª infância devam ser utilizadas como técnicas comunicacionais, a aproximação da criança com cuidado e o uso da denominação da criança para os objetos ou ações, de modo a que seja mais fácil o seu entendimento para a criança. É ainda mencionado que na idade pré-escolar deve-se atentar aos seguintes aspetos: falar honestamente e com técnicas simples; deixar a criança fazer escolhas, se apropriado; deixar a criança expressar os seus sentimentos; dar tempo e deixar a criança fazer questões relacionadas com o tratamento e procedimentos. No caso dos adolescentes estes apresentam-se como um grupo totalmente distinto, podendo recorrer-se às conversas do dia-a-dia para tentar descontraí-los (Lambert, Long, & Kelleher, 2012). Posto isto, apliquei estes pressupostos durante a minha prática, utilizando como ferramenta uma linguagem clara e inteligível, atentando à explicação clara do procedimento, esclarecimento de dúvidas e obtenção do consentimento verbal

para realização da técnica. Recorri, maioritariamente, à distração como técnica durante a realização de procedimentos dolorosos, verificando sempre a disponibilidade da criança para comunicar (OE:GOBP, 2011). Recorri ainda ao “brincar” como instrumento terapêutico na minha relação com crianças. Através do brincar, a criança expressa os seus medos, desejos e experiências vividas, tendo a possibilidade de libertar emoções, tensões e frustrações, podendo assim, assumir o controlo das situações que a assustam. Através da brincadeira a criança interage com os profissionais de saúde, tem a possibilidade de fazer escolhas e de assumir o controlo das situações, constituindo uma forma de comunicar com os outros e exigindo reciprocidade (OE, 2013), o que me permitiu desenvolver a seguinte competência: *tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP*.

Relativamente à **comunicação com a família** recorri ao método de entrevista clínica, por considerar ser um instrumento facilitador no estabelecimento da relação terapêutica, tornam-se os pais o cerne do processo comunicacional, tendo em vista as suas necessidades e a aquisição de competências e habilidades, partindo dos conhecimentos que já detêm. O objetivo da entrevista é o de reunir informação específica da pessoa e da família através de questões particulares, embora grande parte das conversações clínicas incluam o diálogo e a entrevista (Gottlieb, 2016). De notar, que o desenvolvimento desta confiança entre enfermeiros e pais durante o processo de hospitalização, nomeadamente na UCIN, se baseiam no diálogo e na aproximação contínua (Azevêdo, Júnior, & Crepaldi, 2017). Sendo imprescindível na comunicação com a família mostrar-se sensível ao que a família está a dizer, ouvir atentamente e envolvê-los para partilhar suas perceções e sua compreensão, ao invés de conduzirmos nós as conversas. Desenvolver uma presença autêntica revela-se decisivo para a família compreender o compromisso dos profissionais de saúde, tal como refere Margaret Neuman (2008), a presença é essência da relação cliente-enfermeiro. Assim, antes de iniciar a conversação com a família apresentava-me e demonstrava sempre uma postura acolhedora e agradável, de modo a possibilitar a **comunicação expressiva das emoções**.

A constatação de que os pais apresentavam muitas dificuldades no processo de tomada de decisão, conduziu-me a adotar medidas de **apoio dos cuidadores na tomada de decisão**. Servindo-me do fornecimento aos pais, de toda a informação que considerava necessária e do encorajamento de exposição de dúvidas, medos e preocupações, demonstrando sempre disponibilidade para os ouvir e informar. É necessário ter presente

que informar os pais sobre os tratamentos a realizar e envolvê-los nas tomadas de decisão, é considerado um princípio ético com repercussões em todo o processo de cuidados, desde a admissão até à alta (OE: GOBP, 2015). Durante a realização do estágio tive a oportunidade de **comunicar com famílias de diferentes etnias e culturas**, mais particularmente, com uma mãe de origem africana e uma de etnia cigana que devido às suas particularidades culturais, interagem de forma diferente com o RN. No relacionamento com as famílias culturalmente diversas é necessário: praticar a escuta ativa; compreender as crenças de saúde do paciente e da família; e oferecer tratamento de uma forma a que incorpore os valores culturais do paciente e da família (Desai & Pandya, 2012). Durante a minha prática realizei pesquisa bibliográfica na área da comunicação e enfermagem transcultural e percecionei que segundo o *Sunrise Model* criado por Madeleine Leininger, o indivíduo é inseparável dos seus antecedentes culturais, da sua história, da estrutura social e ambiental e da sua visão do mundo (Alligood & Tomey, 2004). Desenvolvi, portanto, uma comunicação mais assertiva com a família, considerando e respeitando as suas crenças, ouvindo sem efetuar juízos de valor, tentando compreender as suas crenças e valores e, simultaneamente, consciencializando-me mais dos meus próprios valores e crenças. Estes fatores orientaram-me para uma prática mais reflexiva acerca da forma como comunico com a família, pois o enfermeiro é um indivíduo e como refere Madeleine Leininger também tem a sua visão do mundo que influencia os cuidados que presta.

Em suma, considero terem sido muito significativas as minhas aprendizagens acerca da comunicação nos diversos contextos de estágio. Desde o contexto neonatologia, em que tive que aprender a comunicar com RN em situação crítica e a sua família, passando pelo contexto de urgência e pelas consultas de saúde infantil, nos quais é exigível a adequação da comunicação à faixa etária. Em relação à comunicação com a família, o recurso às técnicas de entrevista e de observação permitem diagnosticar as áreas em que necessário capacitar os pais, ajudando-os a desenvolver a tomada de decisão consciente, respeitando a sua cultura e os seus valores. Todos estes fatores contribuíram para o desenvolvimento das seguintes competências: *demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura e desenvolve competências de entrevista clínica, observação e diagnóstico da situação de saúde/doença na área de especialidade.*

3.2 Domínio da gestão de cuidados

A realização deste estágio constituiu uma oportunidade para desenvolver competências na área da gestão dos cuidados, recursos humanos e materiais inerentes ao cuidado à criança e sua família. A função do enfermeiro gestor é explícita no *Decreto-Lei n.º 71/2019* acerca do regime geral da carreira de enfermagem, que descreve que o Enfermeiro gestor desenvolve funções de planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e segurança. Um ambiente promotor da qualidade é também um ambiente em que os enfermeiros e os clientes apresentam elevados níveis de satisfação, por essa razão cabe aos enfermeiros gestores contribuir para o aumento dos níveis de *engagement* (envolvimento) dos profissionais com o trabalho. Este envolvimento pode definir-se como um estado cognitivo-afetivo positivo, persistente, relacionado com o trabalho e que se caracteriza por vigor, dedicação e absorção (Pinto, Jesus, Mendes, & Fronteira, 2015).

Competência	
- Realiza a gestão de cuidados na sua área de especialização	
Objetivo específico	Atividades
Participar nas atividades de gestão de cuidados assistenciais à criança e à família	<ul style="list-style-type: none">- Conhecimento do método de trabalho praticado nos diferentes contextos de estágio;- Identificação dos benefícios e da importância do EE;- Observação e participação em atividades no âmbito da gestão dos cuidados de recursos humanos, materiais e informação;- Realização de entrevistas ao enfermeiro orientador e enfermeiro chefe;- Consulta do <i>Decreto-Lei n.º 71/2019</i>, acerca das competências do enfermeiro gestor.

Reflexão

Florence Nightingale foi a primeira enfermeira gestora a utilizar o método de planeamento de recursos, designado de método intuitivo que se baseava na subjetividade e na relação proporcional entre trabalhadores e tarefas, considerando a gravidade dos clientes (Magalhães, Dall'Agnol, & Riboldi, 2009). Na área da pediatria este assunto ganha particular relevo, devido à filosofia de cuidados que tem como pilares os cuidados centrados na família e a parceria de cuidados. Tive necessidade de **conhecer o método de trabalho dos diferentes contextos de estágio**, de modo a poder organizar os cuidados que iria prestar e compreender se podia aplicar os pressupostos acima mencionados. No caso da neonatologia o método usado é o individual, focando-se cada enfermeiro no cuidado ao RN de uma forma individual e holística, valorizando as suas necessidades e personalizando os cuidados, contando com a colaboração da restante equipa sempre que necessário. O método de trabalho individual é um método sistemático em que o enfermeiro tem atribuídos um n.º de RN, sendo responsável por realizar a avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, prescrição, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem. O EESIP presta cuidados centrados na família, considerando-os parceiros no cuidar, negociando a sua participação nos cuidados com o intuito de os capacitar para desenvolverem as competências parentais, satisfazendo simultaneamente as necessidades do RN e avaliando o desenvolvimento da parentalidade. Recorre ao incentivo da amamentação e ao uso de estratégias que promovam o contacto físico do RN com os pais e que favoreçam a vinculação, como por exemplo o uso do método de canguru contribuindo assim, para o desenvolvimento sócio emocional da criança. Considero ser o método ideal para este serviço por consistir num ótimo instrumento para aplicar o modelo da parceria de cuidados. O facto de ser um método centrado na pessoa facilita o desenvolvimento de uma ética do cuidado, havendo uma preocupação constante com a promoção do desenvolvimento do prematuro e o respeito pela sua vulnerabilidade. Contudo, para ser mantida a qualidade este método exige que o enfermeiro esteja altamente habilitado a realizar todos os procedimentos de enfermagem. De salientar ainda, que ao longo de todo o processo de internamento do RN na UCIN o EESIP comunica com a família de um modo claro e inteligível, utilizando estratégias promotoras de esperança realistas.

No contexto de urgência o método utilizado é igualmente o individual, ficando a distribuição do plano de trabalho a cargo da enfermeira chefe. Esta distribuição baseia-se no tempo de experiência e no perfil que cada elemento apresenta para a função, por exemplo, é destacado para o posto da triagem um elemento que tenha no mínimo 3 anos de experiência no SUP e de preferência um EESIP. Na minha opinião esta distribuição dos elementos considerando as particularidades de cada serviço, possibilita ao enfermeiro uma assunção global dos cuidados que presta num serviço onde existe um grande fluxo de doentes, desenvolvendo uma metodologia eficaz na assistência à criança e à família. Neste contexto cada turno agrupa 7 elementos, distribuídos por equipas, sendo o serviço constituído por 47 enfermeiros dos quais 15 são especialistas.

Neste contexto é notória a capacidade do EESIP na rápida identificação de focos de instabilidade, fornecendo uma resposta antecipatória e demonstrando conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico. Para além disso, muitas vezes a função de coordenador de turno é assumida pelo EESIP, liderando as equipas e gerindo conflitos, com vista a beneficiar a criança em cada decisão que toma. Durante a minha permanência na triagem pude desenvolver competências relativas ao estabelecimento de uma prioridade adequada no atendimento, através da colheita de dados e identificação de critérios de gravidade de forma sistemática. Iniciei protocolos de tratamento de medicação analgésica e antipirética e colaborei na reavaliação de doentes sempre que o tempo de recomendado para avaliação médica era excedido. Esta experiência possibilitou-me o desenvolvimento de um juízo crítico na escolha da prioridade num curto espaço de tempo.

Na USF o método utilizado é o do enfermeiro de família, destacando-se por organizar e rentabilizar os recursos e adequá-los às necessidades de saúde do indivíduo inserido numa família, contribuindo perentoriamente na prevenção da doença e promoção da saúde individual, familiar e coletiva, acompanhando, também a pessoa e a sua família no processo de gestão da doença crónica, da deteção precoce de doenças não transmissíveis e da VD (OE, 2013).

Este método fomenta a satisfação dos clientes, na minha opinião, estabelecendo-se uma relação terapêutica que se prolonga ao longo do ciclo vital dos indivíduos.

Na UCC cada enfermeiro é responsável pela gestão dos cuidados a prestar à comunidade existindo dois EESIP, um mais direccionado para a Saúde Escolar e outro para a área da parentalidade. O enfermeiro responsável pela Saúde Escolar lidera esforços para melhorar

a saúde e o bem-estar dos alunos e ajudá-los a no sucesso acadêmico (Petosa & Smith, 2018). No referente à parentalidade o EESIP gere o agendamento das sessões teóricas e práticas dos grupos inseridos no projeto de promoção da parentalidade e as VD ao RN. Responsabiliza-se por garantir o cumprimento do PNV das crianças residentes numa instituição de crianças em risco, participa nas reuniões da ELI e do NACJR e fornece apoio aos pais nos cantinhos de amamentação. Em termos de recursos humanos a UCC é constituída por 19 enfermeiros dos quais 16 são especialistas.

Nos diversos locais de estágio **observei e participei em atividades no âmbito da gestão dos cuidados de recursos humanos, materiais e informação**, tendo recorrido a **conversas informais com as enfermeiras orientadoras e enfermeiras chefe** para perceber como é realizada a gestão de cuidados nos diferentes serviços. No contexto de neonatologia existem 6 enfermeiros especialistas num serviço com 19 enfermeiros, estando sempre que possível presente um EE por turno. O EE assume geralmente uma função de responsável de turno, tendo a seu cargo a elaboração do plano de trabalho para o turno seguinte. Compreendi que esta distribuição tem por base a complexidade de cuidados que o RN requer (intensivos ou intermédios) e privilegia a continuidade de cuidados. Existe ainda no serviço uma Enfermeira de Referência que é responsável pela interligação com a comunidade. Pude perceber que o EESIP se destaca pela sua visão global e sistemática de assistir a criança e sua família, comunicando de uma forma extremamente eficiente com a criança e sua família, fundamentando toda a sua prática e o seu discurso na evidência científica mais atual, alertando diariamente os colegas para aspetos que não se encontram de acordo com o que as boas práticas preconizam.

No que diz respeito aos recursos materiais cada serviço dispunha de um serviço de *Kanban*, exceto o SUP que dispunha também um sistema semiautomático de dispensa de medicação, o *Pixies*[®]. Estes sistemas apresentam como principal vantagem não ser necessário o Enfermeiro chefe ou Enfermeiro responsável estarem preocupados com a gestão dos stocks, libertando-os para desempenharem tarefas de valor acrescentado e aumentando assim a produtividade. Estes sistemas seguem a filosofia *Lean* que tem como principal objetivo eliminar o desperdício, reduzir os custos, aumentar a produtividade e a entrega de valor ao cliente (Azevedo, 2011).

De modo a compreender de uma forma mais profunda as competências do Enfermeiro gestor consultei o **Decreto- Lei n.º 71/2019**, das quais destaco: gerir os recursos do serviço, otimizando as respostas às necessidades em cuidados de saúde das pessoas; gerir

os recursos humanos funcionalmente dependentes em função das necessidades de cuidados, nomeadamente através da elaboração de planos de trabalho, escalas e planos de férias; criar as condições para um trabalho cooperativo e de efetiva articulação da equipa multiprofissional e um ambiente de trabalho saudável, salvaguardando a dignidade e autonomia de exercício profissional e promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros; garantir uma prática de Enfermagem baseada em normas de boas práticas e na melhor evidência disponível; responsabilizar-se pela valorização das competências da equipa; avaliar o desempenho profissional dos enfermeiros; implementar auditorias internas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados; promover o desenvolvimento da investigação e inovação em enfermagem, envolvendo a equipa na utilização dos resultados para a melhoria da qualidade dos cuidados e criação de valor; garantir a documentação da prática clínica e a monitorização de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, com o recurso às tecnologias de informação; participar na determinação dos postos de trabalho de trabalhadores enfermeiros e EE a prever no mapa de pessoal, baseada em instrumentos de cálculo validados que garantam a segurança na prestação de cuidados de enfermagem.

Considero ter cumprido o objetivo a que me propus, tendo para isso observado e discutido de uma forma crítica o papel do EE na gestão de cuidados, implicando uma capacidade de gestão e de liderança. Clarificando, o conceito da gestão refere-se a um processo de coordenação das atividades dos membros de uma organização, através do planeamento, organização, direção e controle dos recursos organizacionais, de modo a atingir de forma eficaz e eficiente os objetivos estabelecidos, enquanto que a liderança reside na *“capacidade para influenciar a pessoa com vista a atingir os objetivos”* (Mações, 2018, p. 285). Portanto, o EESIP quando gere cuidados deve ser capaz de ter uma visão global, coordenando e comunicando eficazmente com os outros elementos da equipa de forma a atingirem o objetivo principal, que é o de prestar cuidados de excelência à criança e família. Devendo para isso assegurar o cumprimento das dotações seguras, pois conforme refere Aiken (2016), cuidados de enfermagem prestados com o número de enfermeiros adequado estão associados a melhores resultados para os doentes e para os enfermeiros. Através das conversas informais com as orientadoras, da observação e participação em atividades no âmbito da gestão dos cuidados, de recursos humanos, materiais e informação, percecionei a importância do EESIP na gestão de cuidados, devendo encontrar um equilíbrio na equipa, garantindo que é assegurada a qualidade na prestação

de cuidados à criança/família, o que me conduziu ao desenvolvimento da seguinte competência: *realiza a gestão de cuidados na sua área de especialização.*

3.3 Domínio da formação

O EE desenvolve intervenções de enfermagem assentes numa tomada de decisão que têm por base as evidências científicas mais atuais. Como tal, no seu contexto de trabalho intervém como formador, efetuando um diagnóstico prévio das necessidades formativas. Este estágio representou uma oportunidade para desenvolver competências no âmbito da formação, contribuindo assim, para o meu autodesenvolvimento e respetiva consciencialização acerca dos meus limites e dos meus recursos pessoais e profissionais.

Competências	
<ul style="list-style-type: none"> - Promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros; - Identificar as necessidades formativas na área da EESIP; - Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional. 	
Objetivo específico	Atividades
Promover a formação em serviço na resposta às necessidades detetadas	<ul style="list-style-type: none"> - Diálogo com os enfermeiros do serviço de modo a efetuar um diagnóstico das necessidades formativas; - Realização de AES ao grupo de pares sobre “medidas não farmacológicas de controlo da dor em crianças”; - Divulgação do conhecimento mais atual; - Realização de pesquisa bibliográfica de forma sistemática; - Identificar como se organiza a formação em serviço nos diferentes contextos de estágio.

A melhoria contínua dos cuidados de enfermagem está diretamente ligada ao autodesenvolvimento pessoal e profissional concretizando-se através da formação

profissional contínua e da autoformação, dividindo-se a formação em enfermagem, em formação contínua e formação em serviço. A formação contínua apresenta-se como uma parcela da formação permanente que assume o objetivo de adquirir e/ou aprofundar conhecimentos e capacidades que visem o desenvolvimento pessoal e profissional. A formação em serviço por sua vez, apresenta-se como a restante parcela da formação permanente dando continuidade aos objetivos da primeira, mas desenrolando-se em simultâneo com a prática profissional e repercutindo-se na resolução de problemas específicos dos diferentes serviços (Ferreira, 2015). Partindo deste conhecimento e tendo em vista uma melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, durante a realização do estágio no serviço de pediatria médica (*vigilância e decisão clínica*) **estabelecei um diálogo com os enfermeiros do serviço de modo a efetuar um diagnóstico das necessidades formativas**, compreendendo assim o que seria relevante para o serviço. Através do diálogo com os enfermeiros e da observação diária das suas práticas pude *identificar as necessidades formativas na área da EESIP* e concluir que a realização de uma AES sobre as “medidas não farmacológicas de controle da dor em crianças” seria um tema pertinente para o serviço. Estas aprendizagens decorrentes da dinamização da AES resultaram numa promoção e **divulgação do conhecimento mais atual**, o qual disponibilizei ao serviço. Os benefícios desta AES para o grupo de pares e para mim, já foram anteriormente mencionados no objetivo referente ao aprofundamento de conhecimentos sobre o controlo e alívio da dor. Estas atividades que fui desenvolvendo e a atitude proativa sobre o tema permitiu-me atingir a seguinte competência: *promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros*. Esta divulgação constante do conhecimento mais atual baseou-se ao longo de todos os estágios na **realização de pesquisa bibliográfica de forma sistemática**, recorrendo à consulta das normas e *guidelines* mais atuais da DGS, GOBP da OE e após uma reflexão sobre os temas, procedia à tomada de decisão sustentada nas evidências científicas mais atuais. Com o desenvolvimento desta prática de contínuo aperfeiçoamento pude atingir a seguinte competência: *manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional*.

Considerei ainda relevante compreender o **modo como se organiza a formação em serviço** nos diferentes contextos de estágio e pude perceber que na UCIN e na UCC existe um plano de formação anual, existindo EE responsáveis pela sua implementação. Enquanto que no SUP a formação é adstrita às formações publicadas na intranet.

De modo a concretizar o objetivo a que me propus desde o início do estágio, tive a preocupação em identificar os temas e as situações que suscitassem mais questões, realizando pesquisa bibliográfica e uma análise crítica e reflexiva sobre os protocolos institucionais existentes no serviço, dialogando com os enfermeiros com vista à melhoria contínua dos cuidados prestados, o que levou ao desenvolvimento da seguinte competência: *promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros*. Uma das áreas que considerei pertinente aprofundar foram as medidas não farmacológicas para controle da dor em crianças e através do diálogo com os enfermeiros, identifiquei como uma área em que apresentavam necessidade formativa, o que me possibilitou desenvolver a seguinte competência: *Identificar as necessidades formativas na área da EESIP*. Através da minha participação ativa e da constante preocupação em desenvolver uma prática assente nas melhores evidências científicas, aplicando conhecimentos e adquirindo novos acerca de áreas pertinente da saúde infantil e pediátrica, desenvolvi uma prática autónoma e a seguinte competência: *manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional*.

3.4 Domínio da investigação

A Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que é assegurado pela Investigação (OE, 2006). A Investigação em Enfermagem contribui para o desenvolvimento de cuidados seguros, promovendo o desenvolvimento profissional e a excelência dos cuidados. Este estágio permitiu-me desenvolver uma prática sustentada em resultados de investigações feitas na área da saúde infantil e pediátrica, de modo a ir de encontro às necessidades da criança e sua família.

Competências	
<i>- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;</i>	
<i>- Participar e promover a investigação em serviço na área de EESIP;</i>	
<i>- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.</i>	
Objetivo específico	Atividades
Promover cuidados de enfermagem especializados baseados na melhor evidência científica	<i>- Mobilização de conhecimentos previamente lecionados;</i> <i>- Partilha de dados resultantes da pesquisa com os enfermeiros orientadores e os enfermeiros do serviço;</i> <i>- Realização de pesquisa bibliográfica.</i>

Reflexão

No momento presente a enfermagem baseia-se num modelo de conhecimento disciplinar centrado nas respostas humanas aos processos de vida, tornando-se imprescindível para a tomada de decisão a existência de um conhecimento formal e prático. Sendo que este conhecimento, segundo Barbara Carper (1978), advém de 4 componentes: do conhecimento científico acerca do comportamento humano na saúde e na doença; da

percepção estética das experiências humanas significativas; de uma compreensão pessoal da individualidade única do eu e da capacidade para fazer escolhas dentro de situações concretas, envolvendo julgamentos morais particulares. O domínio destas 4 componentes do conhecimento observa-se através das competências que podem ser representadas por atitudes e por um conjunto de capacidades cognitivas, técnicas e comunicacionais. O desenvolvimento de competências permite atingir um desempenho de excelência, funcionando como auxiliar na construção da nossa identidade conforme refere Barbara Carper e facilitando a tomada de decisão.

Sendo definida pela OE como competência comum aos EE, a capacidade para desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, assim como o desenvolvimento de “praxis clínica especializada” baseada em evidência científica (Regulamento n.º140/2019, p. 4745). **Mobilizei conhecimentos teóricos previamente lecionados nas UC teóricas, recorrendo** ao suporte bibliográfico facultado durante a componente teórica, em aspetos como: febre-recorri à normas da DGS acerca do Processo Assistencial da febre de curta duração em idade pediátrica; prestação de cuidados centrados no desenvolvimento- consultei os consensos da Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN); alimentação saudável, recorri à consulta do Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável e ao guia de aconselhamento acerca da alimentação infantil no 1º ano de vida elaborado pela Unidade Local de Saúde de Matosinhos; amamentação- manual de aleitamento materno da UNICEF e aos consensos da SPN; vacinação-PNV; triagem pediátrica- consultei a norma n.º 0027/2018, acerca dos sistemas de triagem no serviço de urgência; crescimento e desenvolvimento infantil- recorri ao guia de avaliação do estado nutricional infantil e juvenil da DGS e ao PNSIJ; dor recorri à norma n.º 014/2010 sobre a avaliação de dor em crianças, a norma n.º022/12 sobre controle de dor em procedimentos invasivos nas criança e ao GOBP sobre estratégias não farmacológicas de controle da dor; parceria de cuidados, consultei os artigos de Anne Casey; parentalidade recorri ao GOBP sobre adaptação à parentalidade durante a hospitalização; maus tratos- recorri ao Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção da DGS; saúde escolar- PNSE . Ocorreu ainda, a **partilha dos resultados obtidos com os enfermeiros orientadores e enfermeiros do serviço** através de conversas informais ou mais formais (passagem de turno), com o intuito de promover o crescimento e desenvolvimento do grupo de pares. Nos diversos contextos percecionei que caso os profissionais identificassem um problema seguidamente recorriam à pesquisa

bibliográfica e depois de avaliarem a qualidade da mesma, tomavam decisões justificando-as cientificamente. Nomeadamente na área da saúde infantil, todos os profissionais realizavam cuidados antecipatórios avaliando os parâmetros definidos no PNSIJ. No caso do SUP toda a atuação relativa à febre baseava-se na norma acima referida da DGS. Na UCIN as práticas são definidas pelos Consensos da SPN e pelas normas da DGS. Na área da saúde escolar a intervenção baseia-se no PNSE e na avaliação diagnóstica feita pelos EE. Na área da parentalidade as AES realizadas pela EESIP estão assentes numa constante revisão bibliográfica e atualização, por essa razão foi-me solicitada a reformulação da estatística relativa a acidentes no 1º ano de vida. O que me permitiu atingir a seguinte competência: *participa e promove a investigação em serviço na área de EESIP*.

De relevar que no atendimento em saúde o profissional precisa de estar focado nas necessidades do cliente, indicando-lhe os procedimentos que funcionam e são seguros, com menor custo possível (Bork, 2005). Esta visão focada nas necessidades do doente e aliada ao desenvolvimento de uma prática sustentada pelas melhores evidências científicas, capacitaram-me para *demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência e incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências*.

Objetivo específico	Atividades
Identificar áreas/questões problemáticas na área da saúde infantil e pediátrica, passíveis de serem investigadas	- Refletir acerca das áreas passíveis de serem investigadas nos diferentes contextos de estágio

Reflexão

A Investigação em Enfermagem é essencial para a produção, transformação e avaliação do conhecimento em enfermagem. É ainda fundamental para a excelência em Enfermagem enquanto disciplina e profissão. Promove o desenvolvimento profissional,

a reflexão e o espírito crítico (Abreu, 2007). Contudo, considerando a duração de cada contexto de estágio, torna-se inviável produzir investigação científica, todavia isso não se revelou um obstáculo para a minha reflexão **sobre determinados aspetos da prática que poderiam ser investigados e melhorados**. Embora o controlo e alívio da dor seja definido como um direito da criança, o uso de medidas não farmacológicas para controlo da dor é uma área que tem um potencial de crescimento significativo por parte da equipa multidisciplinar e de forma particular, da equipa de enfermagem. Este foi um tema sobre o qual dinamizei uma AES dirigida aos profissionais de Enfermagem, incutindo-me uma atitude de constante promoção da implementação destas medidas, pois elas podem ter impacto no desenvolvimento da criança. Considero pertinente a realização de um trabalho de investigação que permita identificar que fatores conduzem os profissionais a não adotarem estas medidas na sua prática diária, para à posteriori, se poder intervir sobre eles.

Também decorrente da minha presença nos diferentes contextos de estágio, destaco a área da prevenção de acidentes infantis, nomeadamente junto dos pais de modo a atuar na promoção da segurança antes do bebé nascer. Uma vez que, a prevenção deve antecipar as consequências de uma ação, esta sensibilização deve ocorrer antes e depois do bebé nascer, conforme está estruturado no curso de promoção da parentalidade do local onde realizei estágio. Considero ser pertinente desenvolver uma investigação que avalie o impacto que este projeto teve para a prevenção de acidentes no 1º ano de vida.

A investigação destes temas penso que ajudaria a melhorar os indicadores de resultado dos cuidados de enfermagem, evidenciando cuidados de excelência e valorizando a profissão de enfermagem. Pois conforme refere Abreu (2007), os requisitos fundamentais para a afirmação de uma profissão são: uma base consistente de conhecimentos; um conjunto de meios para os difundir e um elevado nível de autonomia.

4. CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório constituiu uma oportunidade para sintetizar todos os objetivos específicos transversais aos diferentes contextos do estágio e respetivas atividades desenvolvidas ao longo do mesmo, de modo a atingir as competências de EESIP, com recurso ao método descritivo e reflexivo. Os objetivos específicos, conforme preconizado no plano de estudos do Curso de Mestrado com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, organizaram-se em 4 domínios de atuação: prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação. O domínio da prestação de cuidados revestiu-se de particular importância e de diversas aprendizagens, pelo facto de desenvolver a minha prática diária num serviço muito distinto.

A componente teórica do curso forneceu um conjunto de conhecimentos que posteriormente mobilizei, implicando uma capacidade de compreensão e de resolução de problemas em temas específicos da área de especialização. A Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica distingue-se por uma filosofia de cuidados assente num modelo concetual centrado na criança/jovem e família, assumindo por isso, que os pais são os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos, sendo considerados parceiros no cuidar. A função do EESIP é apoiar os pais nas diferentes transições ao longo do ciclo vital, desenvolvendo intervenções de enfermagem promotoras de uma parentalidade positiva, dotando os pais de conhecimentos e capacitando-os para o desenvolvimento das competências parentais.

Intervim junto das famílias pautando a minha intervenção pelos princípios éticos e morais da profissão, tendo mobilizado conhecimentos previamente adquiridos ao nível da ética e do direito para desenvolver a prática nos diferentes contextos, atendendo ao Código Deontológico e à legislação em vigor, no respeito pelo binómio criança-família e prestando cuidados culturalmente sensíveis. Engobando ainda, aprendizagens ao nível de situações complexas, designadamente na deteção e resposta rápida aos focos de instabilidade, nomeadamente em situações de emergência. A prestação de cuidados ao RN em situação crítica e a compreensão acerca do modo de funcionamento das equipas ELI e NACJAR, serviu para integrar conhecimento teóricos na prática, permitindo-me desenvolver a capacidade de juízo crítico sobre situações de elevada complexidade, dando

resposta à exigência de prestação de cuidados em áreas específicas do EE. Consequentemente, estas áreas exigiram o desenvolvimento da minha capacidade de juízo crítico e de tomada de decisão, tendo esta sido fundamentada em artigos científicos, nos guias orientadores de boas práticas e em recomendações da DGS. As conclusões provenientes desta tomada de decisão foram transmitidas de uma forma clara à equipa multidisciplinar utilizando como ferramenta uma linguagem científica.

Denotei que para atingir estas competências, o estágio apresenta-se como um modelo integrativo do processo de formação, basilar para o processo de aprendizagem. Todos os contextos de estágio proporcionaram-me diversas experiências e vários momentos de aprendizagens fundamentais para o desenvolvimento de competências específicas de EESIP. Atribuo um relevo especial ao desenvolvimento da capacidade de comunicar de uma forma assertiva com a criança e sua família, recorrendo a técnicas adequadas ao seu estágio de desenvolvimento que também se revelam essenciais para reduzir o medo da cirurgia, tendo recorrido à sua aplicação no serviço onde trabalho. Apesar de todas as dificuldades que este percurso me apresentou e a gestão de tempo que implicou, considero ter sido uma experiência muito positiva e de grande aprendizagem, que enriqueceu a minha prática diária e contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal.

No final deste percurso considero ter atingido os objetivos a que me propus, espero ter conseguido de uma forma clara e sucinta demonstrar todo o percurso e aprendizagens desenvolvidas ao longo do estágio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). *Fundamentos e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra: Formasau.
- Abreu-Lima, I., Alarcão, M., Almeida, A., Brandão, M., Cruz, O., Gaspar, M. & Santos, M. (2010). *Avaliação de intervenções de educação parental- Relatório 2007-2010*. Universidade de Psicologia e Ciências de Educação do Porto, Coimbra, Minho e Lisboa.
- Aiken, L., Sloane, D., Griffiths, P. & Rafferty, M. (2016). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the associations with mortality, patient ratings, and quality of care. *RN4CAST Consortium*. doi:10.1136/bmjqs-2016-005567
- Alligood, M., & Tomey, A. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. Loures: Lusodidacta.
- Associação Promoção da Segurança Infantil. (2017). *Relatório de avaliação*. APSI.
- Azevêdo, A., Júnior, A., & Crepaldi, M. (2017). Interação equipe de Enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3653-3666.
- Azevedo, B. (2011). *Modelo de Implementação de Sistema de Produção Lean no INESC Porto*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto. Porto.
- Batalha, S., Salva, I., Albuquerque, C., Cunha, F., & Sousa, H. (2016). Acidentes em Crianças e Jovens, Que Contexto e Que Abordagem? Experiência de Nove Meses no Serviço de Urgência num Hospital de Nível II. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 47:30-7.
- Bork, A. (2005). *Enfermagem baseada em evidências*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Brazelton, T. (1994). Touchpoints: opportunities for preventing problems in the parent-child relationship. *Acta Pediátrica*.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Sciences*. 13-24.

- Carvalho, I., & Silva, M. (2008). *Orientações Clínicas em idade Pediátrica*. Porto: Urgência Pediátrica Integrada do Porto.
- Casey, A., & Mobbs, S. (1988). Partnership in practice. *Nursing Times*, 67-68.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: A Nursing Concern. *Nursing Research Methodology*. 237-257
- Collière, M. (2001). *Cuidar...a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
- Desai, P., & Pandya, S. (2012). Communicating with Children in Healthcare Settings. *Indian Journal Pediatrics*.
- Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro. *Diário da República n.º 193/2009 -I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 71/2019 de 27 de Maio. *Diário da República n.º 101/2019 -I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa N.º 09/DGSG . Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2007). *Maus tratos em crianças e em jovens-Intervenção da saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens- guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

- Direção Geral da Saúde. (2018). *Programa Nacional Alimentação Saudável- desafios e estratégias*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Norma nº 015/2015. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma n.º 010/2013. Lisboa: Direção-Geral da Saúde
- Doenge, M., & Moorhouse, M. (2010). *Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem-um texto interativo para o raciocínio e o diagnóstico*. Loures: Lusociência.
- European Resuscitation Council. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 6. Pediatric life support. *Elsevier*, 223-248.
- Ferreira, C. (2015). *Gestão em Enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto
- Ferreira, M., & Ferreira, C. (2018). *Intervenções e procedimentos em enfermagem*. Lisboa: Lidel .
- Field, T. (2016). Complementary Therapies in Clinical Practice. *Elsevier*, 19-31.
- Figueiredo, B. (2007). Massagem ao bebé. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 29-38.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de avaliação e intervenção familiar- uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusodidacta.
- Gottlieb, L. (2016). *O cuidar em enfermagem baseado nas forças- saúde e cura para a pessoa e família*. Loures: Lusodidacta.
- Hicks, C., Baeyer, C., Spafford, P., Korlaar, I., & Goodenough, B. (2001). The faces pain scale-revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*, 173-183.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica* (9ª edição ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- International Council of Nurses . (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem-versão 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Kolcaba, K., & Dimarco, M. (2005). Confort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric nursing* , 187-194.
- Lambert, V., Long, T., & Kelleher, D. (2012). *Communication skills for children's nurses* . New York: McGraw-Hill.
- Levi, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais amigos dos bebés, Edição Revista.
- Mações, M. (2018). *Manual de gestão moderna- teoria e prática* (2ª edição ed.). Portugal: Actual.
- Magalhães, A., Dall'Agnol, C., & Riboldi, C. (2009). Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 608-612 .
- Matos, M. (2018). *A saúde dos adolescentes portugueses após a recessão- dados nacionais do estudo HBSC 2018*. Faculdade de Motricidade Humana/Universidade de Lisboa. Lisboa.
- Meleis, A. [et. al.]. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Sciences*.12-28. DOI: 10.1097/00012272-200009000-00006
- Mendes, M. (2012). A Organização dos Cuidados e a Parceria com os Pais em Pediatria. *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*, 137-142.
- Mercer, R. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment . *Journal of nursing Scholarship* , 226-232.
- Mercer, S., Reynolds., W. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*. S9-S12.
- Neuman, M., (2008). *Transforming presence: the difference that nursing makes*. P.A. Davis Company. Filadélfia
- Ordem Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

- Ordem Enfermeiros. (2008). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica-volume I*. Lisboa: Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.
- Ordem Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica- volume II*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática : Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica.
- Ordem Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática: Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.
- Ordem Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem-Tomada de Posição*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem Enfermeiros. (2013). *15 propostas para melhorar a eficiência do Serviço Nacional de Saúde- contributos da ordem dos enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem Enfermeiros. (2009). *Parecer n.º 161/2009- Inserção de cateter epicutâneo*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Regulamento n.º 140/2019. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Regulamento n.º 422/2018. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento concetual e enunciados descritivos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem 2001.
- Palazzi, D., Lorin, M., Turner, T., Ward, M., & Cabrera, A. (2015). *Communicating with Pediatric Patients and their Families: the Texas Children's Hospital Guide for Physicians, Nurses and other Healthcare Professionals*. Texas: Texas Children's Hospital.

- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2001). *O mundo da criança*. Lisboa: Mc Graw-Hill.
- Patricia J., & K. B. (2008). Patient and Family Centered Care of Children in the Emergency Department. *Pediatrics*.
- Petosa, R., & Smith, L. (2018). Effective Recruitment of Schools for Randomized Clinical Trials: Role of School Nurses. *The journal of Scholl Nursing*, 430-434. doi:10.1177/1059840517717592
- Pinto, A., Jesus, É., Mendes, A., & Fronteira, I. S. (2015). Estudo RN4Cast em Portugal: Work Engagement dos Enfermeiros. *Nurse Forecasting in Europe (RN4Cast)* .
- Ramalho, É. (2016). *Intervenções nas Práticas Parentais num Grupo de Cuidadores*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Santos, A. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados.... *Nascer e crescer*, 26-31.
- Santos, M. (2018). *Práticas de continuidade de cuidados nos hospitais – Elos de ligação*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto .
- Simões, J., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes . *Referência* , 91-108.
- Universidade Católica Portuguesa (2019). *Guia de Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Porto: Universidade Católica Portuguesa

APÊNDICES

Apêndice I

Descrição das áreas assistenciais do Serviço de Urgência Pediátrica

O Serviço de Urgência Pediátrica é constituído pelas seguintes áreas assistenciais:

Sala de triagem: a triagem geralmente é feita por um EESIP, sendo que este deve possuir no mínimo 3 anos de experiência no serviço.

Sala de emergência pediátrica- localizada à entrada do SUP, sendo nesta sala onde é rececionada a criança/jovem, avaliada e estabilizada inicialmente a criança/jovem em situação emergente que apresenta compromisso das funções vitais ou risco de vida. Esta sala tem capacidade física para receber 2 crianças simultaneamente. A sala de emergência é verificada diariamente no turno da manhã e é assinada a folha de verificação da sala.

Área de observações (OBS)- local onde as crianças caso necessitem de permanecer mais de 24h no serviço. A permanência muitas vezes prende-se com inexistência de vagas noutros serviços, mais especificamente na pediatria. Este serviço está equipado com 10 camas, sendo uma delas num quarto de isolamento. Cada unidade está equipada com monitores de sinais vitais, saídas de oxigénio, aspiração e um cadeirão para o acompanhante permanecer.

Gabinete de enfermagem- local onde são realizados os procedimentos de enfermagem.

Apêndice II

Registo de crianças assistidas na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Identificação/ antecedentes	Focos de enfermagem
<i>J. (34s+6 dias) - Insuficiência respiratória da prematuridade; CPAP; maturação pulmonar completa às 27 semanas)</i>	Eliminação intestinal e urinária; úlcera de pressão; Ingestão nutricional; Serviço de Saúde; amamentar; papel parental
<i>R. (26 semanas+ 6 dias) SDR</i>	Eliminação intestinal e urinária; conforto; Queda; úlcera de pressão; Ingestão nutricional; Serviço de Saúde; amamentar; papel parental
<i>T. (38s+ 2d) SDR; Pneumotórax</i>	Eliminação intestinal e urinária; conforto; Queda; Ferida Cirúrgica (dreno torácico); úlcera de pressão; Ingestão nutricional; Serviço de Saúde; amamentar; pele; papel parental; eritema de fraldas
<i>L. (27s+ 6d) Insuficiência respiratória da prematuridade; Refluxo gastroesofágico; Anemia</i>	Eliminação intestinal e urinária; conforto; limpeza das vias aéreas; queda; úlcera de pressão; Ingestão nutricional; amamentar; regurgitação.
<i>F. (27s+1 dia) CPAP; APPT às 27 semanas; Risco infeccioso; Insuficiência respiratória da prematuridade; Icterícia</i>	Eliminação intestinal e urinária; conforto; limpeza das vias aéreas; queda; úlcera de pressão; Ingestão nutricional; amamentar.
<i>P. (30 semanas+ 6 dias) Insuficiência respiratória; Risco infeccioso; NCPAP; maturação pulmonar incompleta</i>	Eliminação intestinal e urinária; conforto; queda; úlcera de pressão; Ingestão nutricional; amamentar; papel parental; serviço de saúde.
<i>R. (40 semanas+ 1 dia) - sepsis neonatal precoce</i>	Eliminação intestinal e urinária; conforto; queda; úlcera de pressão; ferida (coto umbilical); Ingestão nutricional; amamentar; pele; eritema de fraldas; papel parental.
<i>Sem identificação – mãe sem conhecimento da gravidez, ficou internado por gravidez não vigiada</i>	Eliminação intestinal e urinária; conforto; queda; úlcera de pressão; ferida (coto umbilical); Ingestão nutricional; amamentar; papel parental.
<i>L. (28 semanas) Insuficiência respiratória</i>	Eliminação intestinal e urinária; conforto; queda; úlcera de pressão; ferida (coto umbilical); Ingestão nutricional; amamentar; papel parental.

Apêndice III

Registo de crianças assistidas nas consultas de saúde infantil e pediátrica

<i>Utente</i>	<i>Focos da prática</i>
<i>S. 3A</i>	Desenvolvimento infantil; Prevenção de acidentes
<i>B. 4M</i>	Desenvolvimento infantil; Adesão à vacinação; parentalidade
<i>C.6M</i>	Desenvolvimento infantil; Adesão à vacinação; Precaução de segurança; parentalidade
<i>M.14A</i>	Desenvolvimento juvenil; Sinais vitais; Papel sexual; prevenção de comportamento de risco; Autocuidado: higiene, atividade física, alimentar-se; Papel de estudante
<i>M.4M</i>	Adesão à vacinação; alimentação Eliminação: urinária; fecal; parentalidade
<i>F. 1M</i>	Desenvolvimento infantil
<i>A.9M</i>	Desenvolvimento infantil; alimentação; precaução de segurança
<i>C.11A</i>	Desenvolvimento infantil; autocuidado: higiene corporal, atividade física; alimentar-se
<i>S. 3A</i>	Desenvolvimento infantil; alimentação
<i>M.18A</i>	Desenvolvimento juvenil; prevenção de comportamento de risco; papel sexual
<i>T. 9A</i>	Desenvolvimento infantil
<i>G. 5A</i>	Desenvolvimento infantil; adesão à vacinação
<i>L.11A</i>	Desenvolvimento infantil; autocuidado: higiene corporal, atividade física, alimentar-se
<i>M. 12M</i>	Adesão à vacinação
<i>J. 6A</i>	Desenvolvimento infantil
<i>B. 14A</i>	Desenvolvimento infantil; prevenção de comportamento de risco; papel sexual; autocuidado: higiene corporal; atividade física; alimentar-se

Apêndice IV

Planeamento da AES sobre “Segurança e prevenção de acidentes no 1º ano de vida”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**Planeamento de uma Ação de Educação para a
Saúde:
Segurança e Prevenção de acidentes no 1º ano de
vida**

Documento elaborado por:

Catarina Costa Campos, n.º 360505014

Docente: Professora Constança Festas

Porto, dezembro de 2019

Alice no País das Maravilhas

“Alice – Podes dizer-me, por favor, que caminho hei-de seguir a partir daqui?

Gato – Isso depende muito do sítio aonde queres chegar.

Alice – Não me preocupa muito onde vou chegar.

Gato – Então não interessa por que caminho hás-de seguir. “

(Lewis Carroll, 1971)

Índice

1.INTRODUÇÃO	82
2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO	82
3. FORMULAÇÃO DOS OBJETIVOS	84
4. SELEÇÃO DE CONTEÚDOS.....	86
5. METODOLOGIA/SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	104
6. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ATIVIDADE	105
7. PLANO DA ATIVIDADE	106
8.AVALIAÇÃO	108
9. CONCLUSÃO.....	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
APÊNDICES	
APÊNDICE I.....	113

Siglas, abreviaturas e acrónimos

AES- Ação de Educação para a Saúde

APSI-Associação para Promoção da Segurança Infantil

CIAV -Centro de Informações Antivenenos

CMEESIP- Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EEICS- Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde

SMSL-Síndrome de Morte Súbita do Lactente

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP- Universidade Católica Portuguesa

I. Introdução

No âmbito do XII Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (CMEESIP), realizado na Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde (EEICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), no contexto da Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório foi-me solicitado pela EESIP da UCC a reformulação de uma temática abordada num Projeto de promoção da parentalidade. O tema deste projeto de Educação Parental que reformulei e sobre o qual realizarei uma AES é a Segurança e Prevenção de Acidentes, estando mais direcionado para os acidentes mais frequentes no 1º ano de vida.

O objetivo desta AES será fornecer informação aos pais de forma a criarem ambientes seguros alertando-os para os possíveis perigos, medidas de prevenção e atuação em caso de acidente de modo a diminuir efeitos nocivos.

Este planeamento segue uma metodologia descritiva, tendo recorrido à consulta da evidencia mais atual para fundamentar a importância da prevenção de acidentes na redução da mortalidade infantil. Os objetivos que delineei aquando da realização deste planeamento foram os seguintes:

- Desenvolver a minha capacidade de elaboração de um planeamento;
- Elaborar um documento que sirva de fio condutor da minha AES;
- Desenvolver a minha capacidade crítica.

Este trabalho encontra-se organizado da seguinte forma: análise da situação; formulação dos objetivos; seleção de conteúdos; metodologia/seleção de estratégias; organização e programação da atividade; plano da atividade; avaliação e conclusão.

2. Análise da situação

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um acidente é “um acontecimento independente da vontade humana”. No entanto, o paradigma da inevitabilidade e imprevisibilidade tem sido alterado e um novo conceito considera o acidente um evento previsível, resultante da transmissão rápida de um tipo de energia dinâmica, térmica ou química de um corpo para outro, podendo provocar lesões ou até morte (Batalha, Salva, & al., 2016).

Assim, os acidentes têm sido apontados como passíveis de serem evitados através da prevenção. Na Europa, os traumatismos são a primeira causa de morte em crianças e adolescentes, sendo responsáveis por mais mortes do que todas as outras causas combinadas, e Portugal não é exceção. Tem-se verificado um decréscimo significativo no número de acidentes, e de acordo com a European Child Safety Alliance a mortalidade entre 2007 e 2012 tem diminuído (Batalha, Salva, & al., 2016).

Em Portugal, entre 1992 e 2015, 6.273 crianças e jovens morreram na sequência de um traumatismo e lesão não intencional ou acidente. Mortes prematuras que significam a perda de quase 360 mil anos potenciais de vida perdida- anos em que as crianças não puderam crescer, aprender e contribuir para a sua comunidade e sociedade em geral (APSI, 2017).

Portugal, ainda está abaixo da média europeia no que respeita ao nível de segurança oferecido às crianças e adolescentes. Estima-se que, em 2009, se tenham perdido 8929 anos de vida potencial por mortes de crianças e adolescentes na sequência de acidentes, estimando-se ainda que por cada criança que morre por acidente, 45 a 129 requerem hospitalização e 1300 a 1635 são observadas no serviço de urgência (Batalha, Salva, & al., 2016).

A pertinência da realização desta ação de educação para a saúde para os pais prende-se com o fato de a prevenção tem sido apontada como a principal ferramenta na redução dos acidentes infantis (Batalha, Salva, & al., 2016).

3. Formulação dos objetivos

Planificar consiste em repartir um determinado número de tarefas pelo tempo disponível, de forma organizada, garantindo assim, o alcançar dos objetivos pretendidos (Martins, Campos, & Costa).

A planificação de uma ação de formação é constituída por três fases: preparação; desenvolvimento e análise de resultados. Pressupõe a organização/descrição das fases que a constituem (Martins, Campos, & Costa).

Neste capítulo serão então definidos os objetivos desta AES que irá ser realizada para aos casais inseridos no Projeto de Promoção da Parentalidade. Com a realização desta atividade pretendo atingir os seguintes objetivos:

Objetivos Gerais

- ❖ Dotar os casais inseridos no projeto de conhecimento acerca das segurança e prevenção de acidentes;
- ❖ Sensibilizar para a problemática dos acidentes no 1º ano de vida;
- ❖ Desenvolver competências comunicacionais com casais inseridos no projeto;
- ❖ Desenvolver competências no domínio das estratégias motivacionais de grupo, através da utilização da técnica de discussão orientada;
- ❖ Desenvolver competências acerca da avaliação da aprendizagem numa AES para os casais inseridos no projeto.

Objetivos Educacionais

No final da AES pretende-se que os formandos sejam capazes de:

- ❖ Deter conhecimento sobre o modo de interação da criança com mundo e da importância da adoção de medidas de segurança desde o primeiro dia de vida;
- ❖ Deter conhecimentos sobre quais são os acidentes mais frequentes no primeiro ano de vida;

- ❖ Deter conhecimentos sobre o que é a asfixia, como pode ser prevenida e tratada;
- ❖ Deter conhecimentos sobre a prevenção das quedas;
- ❖ Deter conhecimentos sobre as escoriações e hematomas e suas formas de tratamento;
- ❖ Deter conhecimentos sobre a distinção entre envenenamento e intoxicações
- ❖ Deter conhecimentos sobre a prevenção de intoxicações e seu tratamento;
- ❖ Deter conhecimentos sobre as queimaduras e sobre a sua prevenção e tratamento;
- ❖ Deter conhecimentos sobre a posição corretado bebê para dormir;
- ❖ Deter conhecimentos sobre as medidas para prevenção do Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL);
- ❖ Deter conhecimentos sobre os acidentes rodoviários e como preveni-los;
- ❖ Deter conhecimentos sobre como se devem utilizar os sistemas de retenção;
- ❖ Deter conhecimentos sobre a importância da utilização dos sistemas de retenção;
- ❖ Deter conhecimentos acerca da escolha dos sistemas de retenção.

4. Seleção de conteúdos

De acordo com a finalidade da AES e com os objetivos educacionais irão ser abordados os seguintes conteúdos educacionais:

- ❖ Interação da criança com mundo;
- ❖ Acidentes mais frequentes no 1º ano de vida;
- ❖ Definição de asfixia;
- ❖ Prevenção/tratamento de asfixia;
- ❖ Prevenção de quedas;
- ❖ Definição de escoriações e tratamento;
- ❖ Definição de hematomas e tratamento;
- ❖ Definição de envenenamento/intoxicações;
- ❖ Prevenção/tratamento de intoxicações;
- ❖ Definição de queimadura;
- ❖ Prevenção e tratamento de queimaduras;
- ❖ Posição corretado bebé para dormir;
- ❖ Prevenção do SMSL;
- ❖ Prevenção de acidentes rodoviários;
- ❖ Importância/seleção dos sistemas de retenção.

Os acidentes intencionais e não intencionais, são a quarta causa de morte mais comum na Europa, constituindo um grave problema de saúde pública, com grande impacto nos sistemas de saúde e de proteção social, mas, também, com implicações relevantes na vida, pessoal e familiar das vítimas. Atualmente existem estratégias preventivas que provaram ser eficazes na redução do número e do impacto dos acidentes, tornando-os, por isso, em grande parte evitáveis (Direcção Geral de Saúde, 2010).

Apresentando os acidentes rodoviários um peso muito elevado na totalidade de mortos por acidente, e isto verifica-se no grupo etário dos mais novos (até aos 14 anos) e no grupo etário dos mais velhos (mais de 15 anos) (APSI, 2017).

Relativamente aos afogamentos continuam a ser a 2ª causa de morte acidental entre os 0 e os 19 anos, embora a crianças mais novas estejam a ser ultrapassadas pela

sufocação/asfixia. A asfixia/sufocação e estrangulamento surge como a 3ª causa de morte acidental e as quedas como a 4ª quando se considera crianças dos 0 aos 19 anos (Gráfico 1). Sendo que no 1º ano de vida a 1ª causa de morte é a asfixia (11 em 17 casos) (APSI, 2017).

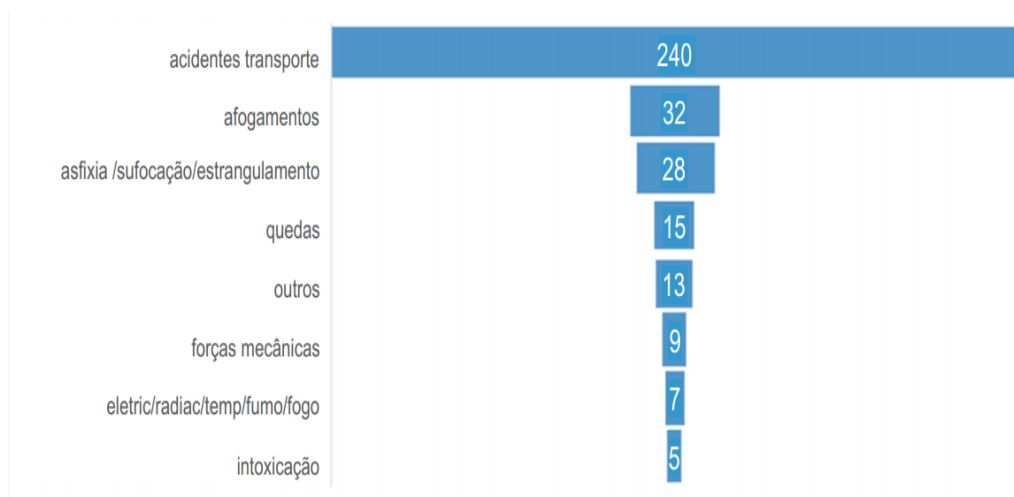


Gráfico 1- Mortalidade infantil por acidente em Portugal dos 0 aos 19 anos entre 2011 e 2015

Relativamente aos internamentos o tipo de acidente que provoca o maior nº de internamentos são as quedas, responsáveis por 61% do total de internamentos por acidente nas crianças e jovens até aos 18 anos, estas são seguidas pelos acidentes de transporte (26%) [gráfico 2].

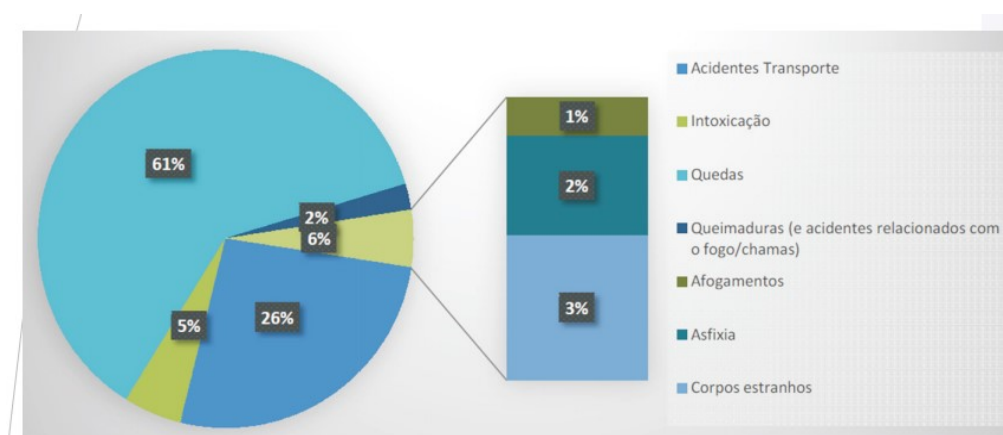


Gráfico 2- Distribuição do nº de internamentos por acidente, entre 2012 e 2016 dos 0 aos 18 anos

Asfixia

A asfixia é definida como dificuldade respiratória que leva à falta de oxigénio no organismo. A asfixia mecânica onde ocorre a interrupção da respiração por causas internas (afogamento, edema da glote, corpos estranhos intratraqueobrônquicos ou asma). Sendo muito vulgar a obstrução das vias respiratórias por corpos estranhos (objectos de pequenas dimensões e alimentos mal mastigados). Pode ainda ocorrer a asfixia por causas externas, provocando compressão extrínseca das vias aéreas (estrangulamento). De considerar ainda, a asfixia de causa química, como a que é provocada por gases tóxicos (anidrido carbónico e óxido de carbono) (Reis, 2010).

A Direção Geral de Saúde alerta para o facto de que um simples saco de plástico pode ser causa de asfixia de uma criança ou que mesmo com pouca água, uma criança pode morrer afogada em poucos minutos e de forma silenciosa.

A Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI) defende como medidas a adotar para prevenção da asfixia:

- Não coloque colares ou cordões ao pescoço do bebé;
- Não ponha almofadas, fraldas, brinquedos, laços ou fitas na cama;
- Retire do alcance do bebé brinquedos e peças pequenas, balões e sacos de plástico.
- Não use estores ou candeeiros com fios pendurados, sobretudo perto de camas, sofás ou cadeiras.

Cuidados a ter na alimentação:

- Não dê ao bebé alimentos duros e lisos, parta os alimentos sólidos e retire espinhas e caroços.

Na água

- Nunca deixe o bebé sozinho no banho;
- Não deixe baldes e alguidares com água esquecidos pela casa ou no exterior e esvazie-os após a sua utilização.

Relativamente aos brinquedos de acordo com Diretiva “Brinquedos” de 2009 de segurança dos brinquedos da Comissão Europeia quando se compra um brinquedo deve-se ter em conta os seguintes aspetos:

- ✓ Comprar brinquedos em lojas e pontos de venda em linha de confiança; estes responsabilizam-se pelos brinquedos que vendem. Verifique cuidadosamente brinquedos comprados em linha, brinquedos oferecidos e brinquedos comprados em segunda mão;
- ✓ Leia todos os avisos e instruções. Nunca compre brinquedos que não apresentem a marca CE no brinquedo ou na embalagem. Embora a marca CE não seja uma orientação para o consumidor, representa o compromisso do fabricante de que o brinquedo obedece a todas as regras de segurança da UE, que estão entre as mais exigentes do mundo;
- ✓ Escolha brinquedos adequados à idade, à capacidade e ao nível de destreza da criança. Os brinquedos que não são adequados à faixa etária específica de uma criança podem magoar a criança. Certifique-se de que segue as recomendações de idade – nomeadamente o símbolo 0 a 3 e as palavras “*contraindicado para crianças com menos de 36 meses*” acompanhadas da indicação do perigo;
- ✓ Não compre brinquedos com peças pequenas e facilmente destacáveis para crianças com menos de três anos de idade, já que estas crianças tendem a colocar os brinquedos na boca e podem asfixiar com peças pequenas;
- ✓ Siga cuidadosamente as instruções de montagem e utilização adequadas do brinquedo. Guarde as instruções e informações que acompanham o brinquedo num sítio seguro;
- ✓ Esteja atento às crianças enquanto brincam – certifique-se de que todos os brinquedos são utilizados tal como vem indicado e que são adequados à idade e capacidade da criança. Com certos brinquedos – como trotinetas, patins e bicicletas – as crianças devem utilizar sempre capacete e outros equipamentos de segurança;
- ✓ Verifique regularmente o estado dos brinquedos: os brinquedos partidos ou usados podem magoar a criança e afetar a sua saúde e segurança. Elimine os brinquedos partidos imediatamente;
- ✓ Retire toda a embalagem e guarde as instruções. Certifique-se de que as crianças não brincam com embalagens de plástico pois existe risco de asfixia;
- ✓ Ensine os seus filhos a guardar os seus brinquedos para evitar acidentes. Não deixe os brinquedos nas escadas ou no chão em zonas de circulação da casa;
- ✓ Comunique sempre ao fabricante ou ao vendedor qualquer problema de segurança com um brinquedo.

A APSI alerta para o facto de que os brinquedos são muito importantes para o desenvolvimento das crianças. E se é verdade que estes devem ser adequados à idade da criança – em termos lúdicos - é também essencial que sejam seguros. Desta forma nas compras online há que considerar determinados aspetos:

- ✓ Compre em websites de confiança para evitar artigos contrafeitos – analise a configuração geral do site e preste atenção ao endereço eletrónico (se incluir nomes de produtos seguidos de palavras como ‘barato’ ou ‘gratuito’, são muitas vezes websites fraudulentos);
- ✓ Verifique a identidade e informação de contacto do vendedor assim como a política de troca e/ou reembolso e a garantia dos produtos;
- ✓ Veja as imagens com atenção e leia todos os avisos e instruções sobre o artigo. É importante estar atento às recomendações relacionadas com a idade e a segurança. Deve confirmar que existe a marcação CE no brinquedo ou na embalagem. Apesar de não ser uma garantia de segurança é uma presunção de conformidade com os requisitos legais;
- ✓ Consulte os comentários dos consumidores sobre o produto e o vendedor;
- ✓ Evite comprar brinquedos em websites de artigos em 2ª mão. Podem não ser tão seguros, por não cumprirem as normas de segurança mais recentes, por terem tido um uso muito intensivo ou por apresentarem desgaste relacionado com a utilização por uma ou mais crianças.

Atuação em caso de asfixia

Em caso de asfixia a atuação diferencia caso o lactente esteja consciente ou inconsciente. Se a criança está consciente, mas não tosse ou esta é ineficaz, deve-se gritar por ajuda e aplicar pancadas interescapulares (pancadas nas costas). Se as pancadas não resolvem a obstrução, devem fazer-se compressões torácicas no lactente.

Lactente: Pancadas interescapulares e compressões torácicas. Segure o lactente em decúbito ventral com a cabeça mais baixa que o tronco, para que a gravidade ajude na remoção do corpo estranho, suportando a cabeça com uma mão e apoiando o tórax no antebraço e/ou na coxa (neste último caso deverá estar sentado). Para apoiar a cabeça deve colocar o polegar num dos ângulos da mandíbula, e um ou dois dedos no mesmo ponto no outro lado da mandíbula. Deve ter-se cuidado para não pressionar os tecidos

moles debaixo da mandíbula para não aumentar a obstrução da via aérea. Aplique até 5 pancadas, secas, nas costas, entre as duas omoplatas, com a base da mão, usando uma força adequada ao tamanho da criança. O objetivo não é necessariamente efetuar obrigatoriamente as 5 pancadas, mas antes que alguma delas consiga remover o corpo estranho. Após as pancadas interescapulares, se não conseguiu deslocar o objeto e remover o corpo estranho, e o lactente continua consciente, passe à aplicação de compressões torácicas. Segure a cabeça do lactente na região occipital com a mão que estava livre e rode-o em bloco, para que este fique em decúbito dorsal sobre o antebraço. Mantenha a cabeça a um nível inferior ao do resto do corpo. Faça compressões torácicas, tal como explicado na técnica de compressões torácicas com 2 dedos, mas mais secas e a um ritmo mais lento com o objetivo de deslocar o corpo estranho. Faça até 5 compressões, se necessário, para tentar desobstruir a via aérea. Se o lactente, entretanto fica inconsciente, o deve-se colocá-lo sobre uma superfície plana e dura, e gritar por ajuda. Se estiver sozinho, não deve abandonar a vítima neste momento, mas antes iniciar Suporte Básico de Vida, e mantê-lo durante um minuto e só depois ligar 112 (INEM, 2017).

Em caso de estrangulamento cortar imediatamente a corda ou o que estiver a fazer pressão em torno do pescoço do bebé.

Afogamento

De acordo com a OMS, o afogamento consiste no comprometimento das vias respiratórias em resultado de imersão ou submersão em líquido. Pode ser fatal ou não fatal.

Uma criança pequena pode-se afogar em poucos centímetros de água, num tanque, balde ou alguidar quase vazio, ou até mesmo na banheira, durante o banho (APSI).

Sendo que nos últimos 15 anos ocorreram **238** afogamentos com desfecho fatal em crianças e jovens (APSI, 2018).

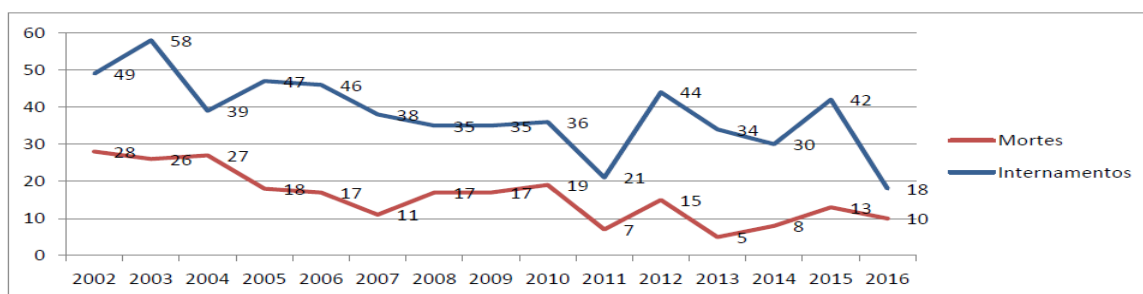


Gráfico 3- Total anual de mortes e de internamentos por afogamento nos últimos 15 anos, até aos 18 anos

Para além das mortes por afogamento verificadas, existe ainda a registar 572 internamentos na sequência de um afogamento, o que significa que, por cada criança que morre, 2 a 3 são internadas (total dos 15 anos). Sendo que a maior parte das crianças e jovens que foram internados na sequência de um afogamento tinham idades compreendidas entre os 0 aos 4 na. os (APSI, 2018).

	0-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-18 anos	Total
Internamentos 2011 – 2016	69	29	57	34	189

Gráfico 4 - Total de internamentos por afogamento, por ano e faixa etária

Segundo a OMS, as quedas são a segunda principal causa de mortes acidentais ou não intencionais em todo o mundo. Sendo que até 90% poderiam ser evitados. A criação e manutenção de ambientes e produtos seguros para as crianças e jovens são fundamentais para a redução da sua exposição ao risco de quedas graves.

Na Europa todos os anos morrem 1500 crianças e jovens entre os 0 e os 19 anos na sequência de uma queda. Apesar de não ser a maior causa de morte nestas faixas etárias, é uma causa frequente de incapacidade, com um risco significativo de sequelas a longo prazo, e muito provavelmente o acidente com maior número de hospitalizações e impacto nas atividades do dia-a-dia das famílias.

Em Portugal, as quedas são a maior causa de idas às urgências (ADÉLIA, 2006-2008) e de internamentos, representando 4% das mortes acidentais com crianças e jovens (APSI, 2014)

Com o objetivo de caracterizar as quedas nas crianças e jovens, e promover um conhecimento mais aprofundado das suas consequências e condições em que ocorrem, a APSI realizou um estudo retrospectivo sobre este mecanismo de acidente no período de 2000 a 2009 (publicado em 2011), a partir da análise de dados disponibilizados por diferentes organismos. Para além do seu impacto, em termos da mortalidade (INE) e internamentos (ACSS), foi possível, a partir da análise de dados do ADÉLIA relativos a alguns dos anos em estudo (INSA) e da recolha de casos divulgados na imprensa (APSI, 2014).

Nos internamentos (ACSS, 2000-2013), 69% das crianças são do sexo masculino e 31% do sexo feminino. As crianças mais frequentemente internadas tinham idades compreendidas entre os 5 e os 9 anos (29%) e os 0 e os 4 anos (28%), seguidas das crianças com idades entre os 10 e 14 anos (26%) e os 15 e os 18 anos (17%) (APSI, 2014).

Os internamentos que resultam de quedas de altura elevada são mais frequentes nas crianças mais novas (APSI, 2014).

Distribuição percentual dos acidentes por queda por grupo etário (ADÉLIA)

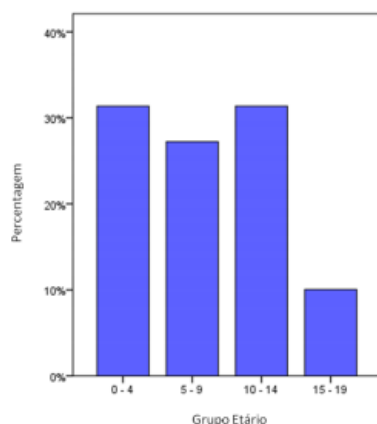


Gráfico5 – Distribuição percentual dos acidentes por grupo etário (ADÉLIA)

Distribuição percentual dos acidentes por queda pelo local de ocorrência (ADÉLIA)

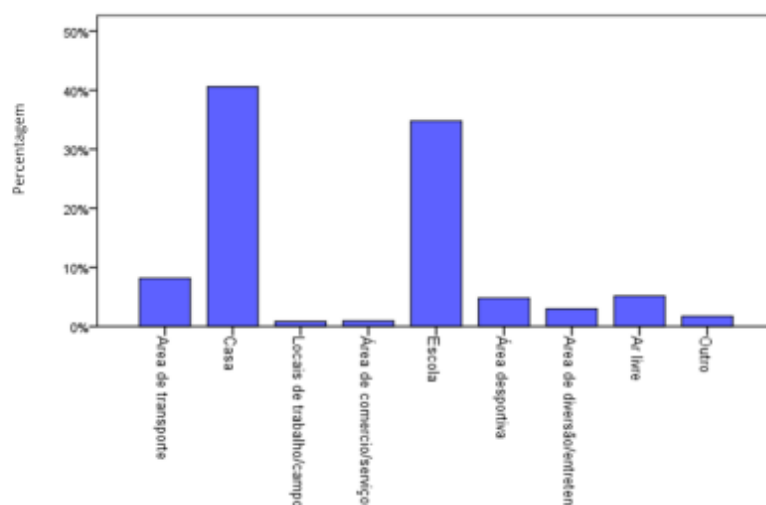


Gráfico 6- Distribuição percentual dos acidentes por grupo etário (ADÉLIA)

As medidas recomendadas pela APSI para a **prevenção das quedas** são as seguintes:

- ✓ Ponha sempre a espreguiçadeira ou o ovinho no chão com o cinto apertado;
- ✓ Nunca deixe o bebé sozinho em cima de camas dos adultos, sofás ou mesa da muda, mesmo que esteja a dormir;
- ✓ Coloque cancelas no primeiro e último degrau das escadas;
- ✓ Aplique limitadores de abertura nas janelas e proteja as varandas;
- ✓ Aperte sempre o arnês sobre o corpo da criança na espreguiçadeira, carrinho de passeio e cadeira alta da papa;
- ✓ Nunca utilize um andarilho, também designado “aranha” ou “voador”. É o artigo para crianças que provoca mais quedas;
- ✓ Instale cancelas, homologadas pela norma europeia, no primeiro e no último degrau das escadas.
- ✓ Todas as cancelas devem ter o topo liso, aberturas inferiores a 6 cm e altura de, pelo menos, 60 cm. Não podem existir elementos – como por exemplo, barras horizontais – que possam servir de apoio para os pés e permitir trepar. Prefira modelos com portinhola e trinco de segurança. Ao cimo das escadas devem ser presas com parafusos e nunca instaladas apenas sob pressão.
- ✓ Prefira janelas basculantes (que abrem a parte de cima para o interior).

- ✓ Instale limitadores de abertura nas janelas e portas de acesso a varandas e terraços, que permitam abrir no máximo 9 cm. Existem portas e janelas com limitadores de abertura integrados na caixilharia;
- ✓ As varandas, varandins ou outras plataformas elevadas devem ter guardas com altura de, pelo menos, 110 cm e aberturas inferiores a 9 cm. Não devem ter aberturas nem barras horizontais por onde a criança possa passar ou que a ajudem a trepar;
- ✓ Se as guardas não possuírem estas características coloque por dentro um painel rígido e contínuo, de material resistente ao impacto e não deformável (como por exemplo, acrílico, vidro temperado/laminado);
- ✓ Nunca coloque móveis, cadeiras, vasos, triciclos (ou outros objetos) perto de janelas, guardas e no patamar das escadas;
- ✓ Coloque a grade da cama para baixo e retire as cancelas das escadas quando perceber que a criança começa a tentar sair ou descer sozinha. Ensine-a a descer de barriga para baixo. Normalmente isto acontece por volta dos 18/24 meses.
- ✓ Quando a criança mudar da cama de grades para uma maior, coloque uma proteção lateral.

Escoriações

Lesões da camada superficial da pele ou mucosas, apresentando solução de continuidade do tecido, sem perda ou destruição do mesmo, com sangramento discreto (Fundação Oswaldo Cruz, 2003).

O que fazer em caso de escoriação?

- Lavar a ferida com água e sabão;
- Secar a ferida com compressas através de pequenos toques;
- A ferida deve ser lavada do centro para os bordos.
- Se a escoriação for **superficial** deixar preferencialmente ao ar;
- Se a escoriação **profunda** – proteger com compressa esterilizada e consultar um profissional de saúde;
- Caso haja hemorragia presente pressionar a zona durante 5 minutos; (Reis, 2010) (Fundação Oswaldo Cruz, 2003).

Hematomas

Os hematomas surgem aquando do rompimento de vasos sanguíneos de calibre considerável, provocando a acumulação de sangue nos tecidos (Escola Nacional de Bombeiros, 2008).

O que fazer em caso de hematoma?

- Aplicação de gelo localmente nas primeiras 24 horas;
- Repouso da zona lesada;
- Se persistirem sintomas de dor, edema, hiperemia consultar um profissional de saúde (Fundação Oswaldo Cruz, 2003).

Intoxicações

O envenenamento é efeito produzido no organismo por um veneno, podendo este ser introduzido pela via digestiva, respiratória ou pele enquanto que a intoxicação consiste num conjunto de sinais e sintomas que surgem pela exposição a substâncias químicas tóxicas para o organismo (Reis, 2010).

Como prevenir as intoxicações?

- Não dê medicamentos às escuras e confirme a embalagem e as doses antes de os dar ao bebé;
- Feche e guarde os detergentes/produtos de higiene logo após a sua utilização longe do alcance e da vista das crianças;
- Certifique-se que os brinquedos não têm nenhum componente tóxico.

Em caso de intoxicação contactar o CIAV (Centro de Informações Antivenenos) para o número 800 250 250. Se não conseguir ligar para o CIAV ligue 112 ou dirija-se ao hospital mais próximo. Fornecer a seguinte informação ao CIAV:

- Quem ingeriu- idade e sexo;
- O que ingeriu- nome do medicamento/produto, animal ou planta;
- Quanto ingeriu- quantidade ingerida ou tempo de exposição ao produto;
- Quando -Há quanto tempo;
- Onde -Em casa, na rua, no local de trabalho.

Queimaduras

As queimaduras podem ser provocadas por qualquer substância quente que entre em contacto com a pele, tal como líquidos ou objetos (Reis, 2010).

Segundo um estudo desenvolvido por uma equipa do Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Saúde conclui-se que um quinto dos queimados (20%) em Portugal são crianças com menos de cinco anos. Devido ao impacto clínico e económico das queimaduras em Portugal, os investigadores recomendam a existência de uma Unidade Pediátrica de Queimados. Durante o período em analisado (2000 a 2013), foram registadas mais de 26 mil hospitalizações por queimadura (como diagnóstico principal ou secundário), numa média de 1889 registos de queimadura por ano (Público, 2016).

Prevenção de queimaduras

- Na preparação do banho, coloque a água fria antes da água quente;
- Verifique a temperatura da água do banho antes de molhar o bebé (a temperatura não ser superior a 37°C);
- Não beba ou transporte líquidos quentes com o bebé ao colo;
- Antes de dar o leite, verifique a temperatura no pulso;
- Não prepare refeições com o bebé na cozinha;
- Proteja as lareiras e não as deixe acesas sem vigilância;
- Não deixe fósforos, isqueiros ou velas ao alcance da criança;
- Não deixe fio soltos e desligue equipamentos elétricos (APSI).

Atuação no caso de queimadura

- ✓ Remover a fonte de calor;
- ✓ Se a roupa estiver a arder, envolver a vítima numa toalha molhada ou na falta desta, fazê-la rolar pelo chão ou envolvê-la num cobertor;
- ✓ Retirar a roupa (à exceção de sintéticos, por exemplo nylon) que estiver quente, queimada ou exposta a químicos);
- ✓ Se a vítima se queimou com água ou outro líquido a ferver, despi-la imediatamente;

- ✓ No caso de queimadura com produtos químicos, deve-se irrigar o local da queimadura com água para ajudar a diluir o agente responsável, com exceção para os casos de queimadura com pó. Neste caso o pó deve ser removido sem molhar;
- ✓ Dar água a beber (Reis, 2010).

Caso a queimadura seja extensa ou profunda (2º e 3º grau) envolver a zona com compressas húmidas (soro fisiológico, ou na sua impossibilidade água) e transportar o bebé para o hospital.

O que não fazer no caso de queimadura?

- ✓ Retirar qualquer pedaço de tecido que tenha ficado agarrado à queimadura;
- ✓ Aplicar gelo diretamente sobre a queimadura;
- ✓ Aplicar produtos sobre as queimaduras (por exemplo, manteiga)
- ✓ Rebentar as flictenas ou tentar tirar a pele (Reis, 2010).

SMSL

O SMSL suscita o maior interesse em todo o mundo desenvolvido, onde frequentemente é a primeira causa de mortalidade no 1º ano de vida, excluindo o período neonatal. Em muitos países, a adoção de medidas relativamente simples tornou possível reduzir muito significativamente a taxa de mortalidade por SMSL. A Sociedade Portuguesa de Pediatria elaborou em 2000 uma “proposta de consenso para a redução do Risco de SMS”. No entanto, em Portugal, a divulgação dos conhecimentos sobre morte súbita do lactente e a formação dos profissionais e pais nunca adquiriu a dimensão atingida noutros países da Europa onde foram realizadas campanhas alargadas.

Tal como o nome indica, a Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL) é a morte súbita e sem explicação de um bebé durante o primeiro ano de vida. É uma situação assustadora porque acontece sem aviso prévio num bebé aparentemente saudável. A maioria dos casos está associada ao sono e por isso é conhecida como “morte no berço”. Sabe-se que existem bebés mais suscetíveis, mas não existe nenhum fator de risco que por si só possa causar a SMSL. Por outro lado, existem vários fatores de risco que podem contribuir, em combinação, para a morte dum lactente suscetível.

A ocorrência de morte súbita é rara no primeiro mês de vida, aumenta até um valor máximo entre os 2 e os 4 meses e cerca de 95% dos casos surgem antes dos 6 meses de idade. Acontece geralmente no domicílio, sendo o bebê encontrado sem vida no berço.

Um estudo retrospectivo português mostrou um aumento do número de casos de 1974 a 1990, com decréscimo a partir de 1992. Verificou-se um predomínio acentuado no lactente no sexo masculino, entre 1 e 4 meses, nos meses de dezembro a março, aos fins-de-semana, no domicílio, em períodos de sono e à noite.

A conceção atual de morte súbita do lactente é a de um acidente multifatorial, no qual vários aspetos serão considerados, entre os quais:

- ✓ Predisposição individual: causas genéticas / constitucionais afetando a maturação de zonas do tronco cerebral responsáveis pelo controlo das funções vitais (ritmo cardiorrespiratório, pressão arterial, sono e acordar). Esse controle está na dependência de redes neuronais que surgem a meio da gestação e se vão organizando, com importantes variações individuais, ao longo dos primeiros meses de vida;
- ✓ Causas desencadeantes - as patologias habituais desta faixa etária, numerosas e variadas, por vezes acumuladas, nomeadamente infeção, refluxo gastroesofágico, hipertonia vagal, hipertermia;
- ✓ Causas favorecedoras - ligadas ao ambiente do lactente, como sejam, a posição no berço em decúbito ventral ou lateral, o tabagismo, condições sócioeconómico-culturais deficientes, mau seguimento pré-natal, com nº de consultas inferior ao programado, dormir com pai, irmãos ou mais do que uma pessoa e dormir no sofá.

Como reduzir o risco de SMSL

- ✓ Decúbito dorsal

Vários estudos epidemiológicos, incluindo milhares de lactentes, demonstram que a posição mais segura para dormir é em decúbito dorsal. São raras as situações clínicas onde esteja contraindicado o decúbito dorsal, como é o caso de algumas malformações oro-faciais e casos excecionalmente graves de refluxo gastroesofágico. O decúbito ventral só deverá ser adotado por uma prescrição médica. A posição em decúbito ventral é um fator de risco para a SMSL. Algumas das razões porque o decúbito ventral

é considerado perigoso e favorecedor de SMSL estão relacionadas com um sono mais profundo e um aumento do limiar de despertar (mais acentuada em alguns bebés suscetíveis). A respiração do próprio ar expirado condicionando uma elevada concentração de anidrido carbónico no ar inspirado, a pressão exercida na face do bebé, dificultando a respiração, a inibição dos reflexos laríngeos e o sobreaquecimento por diminuição de perda de calor pelo rosto e pela cabeça, são outras tantas razões. Não devem ser utilizados sistemas de contenção, como rolos e faixas.

Procure manter o bebé na posição vertical um quarto de hora após ter mamado. Durante muitos anos pensou-se que os lactentes com maior prevalência de episódios aparentemente fatais (ALTE- *aparent life threatening event*) teriam um risco acrescido de morte súbita, mas estudos recentes indicam que a SMSL é uma entidade distinta.

✓ O bebé deve dormir numa cama apropriada

Até aos 2 anos o bebé deve dormir numa cama de grades, sobre um colchão firme e bem-adaptado ao tamanho da cama ou berço, para que não fique qualquer espaço entre o colchão e as grades. O uso de colchões moles e de edredão em vez de lençóis e cobertor, pode possibilitar a sufocação. Os pés do bebé devem tocar o fundo da cama, de forma a que não haja risco de escorregar para debaixo dos lençóis.

✓ Destape a cabeça ao bebé

A roupa da cama não deve cobrir a cabeça do bebé. Não deve usar almofada, fralda, gorros, babetes ou outras peças que possam tapar-lhe a cabeça. Não cubra demasiado o lactente – a cabeça deve estar sempre descoberta - a roupa não deve ultrapassar os ombros e os cobertores não devem ser pesados.

✓ Não fumar

O risco de SMSL aumenta se a mãe fumou durante a gravidez e se continua a fumar após o parto. Quando o pai também fuma, o risco agrava-se mais. Os futuros pais devem ser integrados em programas estruturados de desabituação tabágica antes da gravidez e informados dos malefícios do fumo do tabaco, tanto durante a gravidez, como depois. Não deixe ninguém fumar no ambiente que o seu filho respira - quarto, casa, carro ou onde quer que ele permaneça.

✓ Evite o sobreaquecimento

O risco de SMSL pode estar associado ao excessivo aquecimento. Para prevenir isto deve usar o bom senso e adequar a temperatura do quarto, a roupa do bebé e a roupa da cama à estação do ano e ao lugar que habita. A temperatura ideal do quarto deverá estar entre 18-21°C. Colocando o dorso da sua mão na nuca ou no tronco do bebé poderá avaliar facilmente se ele está muito aquecido. Se o bebé tiver febre as roupas devem ser aligeiradas (arrefecimento físico).

✓ Partilha do local onde dorme

O risco de SMSL aumenta consideravelmente se os adultos que partilham a cama fumarem, estiverem muito cansados, se tomaram medicamentos calmantes ou se ingeriram bebidas alcoólicas. Nunca adormeça no sofá com o seu bebé. Durante os primeiros seis meses a cama deve estar colocada ao lado da cama da mãe.

✓ Alternar as posições do bebé

Quando está acordado pode colocar o bebé de barriga para baixo para brincar. Isto fortalece os músculos do pescoço e das costas e contraria posições preferenciais da cabeça e a ocorrência de deformações (plagiocefalia posicional). Ensine o seu bebé a dormir de barriga para cima e a brincar de barriga para baixo.

✓ O uso de chupeta

Ofereça uma chucha ao bebé para dormir, mas se ele a rejeitar não force. Se o bebé for amamentado, a chupeta não deve ser oferecida nas primeiras semanas de vida, pois pode prejudicar a adaptação de bebé à mama (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2009).

Acidentes rodoviários

Sistemas de retenção

Desde o nascimento o bebé deve ser transportado no “ovinho” /baby cock. Deve ser utilizada desde a primeira viagem do bebé, da maternidade para casa, e até o mais tarde possível, mesmo que os pés batam nas costas do banco ou que as pernas fiquem dobradas. Enquanto pesar menos de 13 Kg, o arnês (cinto interno) estiver à altura do ombro e a cabeça bem apoiada, a criança não deverá mudar para uma cadeira maior. A alcofa, onde a criança viaja deitada e por esta razão menos protegida, só deve ser utilizada em casos especiais ou por indicação médica. As crianças têm o pescoço muito

frágil e a cabeça grande e pesada. Por isso, devem viajar em cadeirinhas voltadas para trás até aos 3 ou 4 anos. Só assim, numa colisão frontal (as mais frequentes e, regra geral, mais graves), as suas costas, a cabeça e o pescoço serão amparados uniformemente. As cadeiras voltadas para trás são as que protegem de forma mais eficaz - em caso de acidente, podem salvar a vida de 9 em cada 10 crianças. Nunca podem ser instaladas no lugar da frente se houver um airbag frontal ativo (APSI).

Regulamentos Europeus de Homologação de sistemas de retenção para crianças

Existem dois regulamentos de Homologação de sistemas de retenção para crianças o R129 ou i-Size e R44/04. O R129 é o regulamento mais recente e introduz novos e importantes requisitos com influência na segurança e proteção da criança, nomeadamente:

- ✓ transporte de frente apenas depois dos 15 meses;
- ✓ proteção relativamente a embates laterais;
- ✓ classificação baseada na estatura/altura.

Vantagens:

- ✓ Maior proteção da cabeça, pescoço e coluna;
- ✓ Maior facilidade na instalação da cadeira, evitando os erros mais frequentes e mais graves;
- ✓ Maior compatibilidade entre o veículo e a cadeira.

Informações importantes sobre sistemas de retenção

- ✓ Confirme sempre que o produto é o mais indicado para as suas necessidades e que se adapta às funções pretendidas e ao espaço disponível;
- ✓ Se o produto exigir montagem ou instalação respeite sempre as instruções do fabricante;
- ✓ Confirme que o produto tem instruções de utilização em Português. Leia-as e guarde-as sempre para consulta futura;
- ✓ Opte por artigos que cumpram a respetiva norma de segurança (pode ser europeia ou portuguesa). As normas, apesar de serem facultativas, definem os

requisitos de segurança na concepção e construção do produto, oferecendo mais garantias de evitarem acidentes na sua utilização.

✓ Não compre artigos de puericultura em 2ª mão, sobretudo cadeiras para o carro.

É muito difícil conhecer as condições em que foram usados e avaliar a sua segurança;

✓ Se optar por usar artigos emprestados, utilize apenas os que estão em bom estado de conservação, de preferência recentes e que tenham as instruções de montagem e utilização;

✓ Confirme que em todos os artigos que compra está indicado o nome do fabricante ou a marca e um endereço para contacto (APSI).

5. Metodologia/seleção de estratégias

A escolha do método reveste-se pois de carácter estratégico por parte do formador, funcionando como uma forma de articular e gerir as três realidades fundamentais da relação pedagógica: formador, formando e saber. Sendo que o método deve ser escolhido em função: dos objetivos da formação; das características dos formandos; das instalações e equipamentos disponíveis; da capacidade do formador (Martins, Campos, & Costa).

Nesta AES decido pela utilização de dois métodos pedagógicos: expositivo e ativo. O método expositivo consiste numa exposição sobre um determinado saber, seguida de questões dos participantes que serão respondidas pelo formador (Martins, Campos, & Costa). Este método terá como suporte um PowerPoint® que abordará os conteúdos acima descritos (Apêndice I) e a técnica pedagógica que será utilizada será a exposição. No método ativo o formando é um agente ativo, voluntário e consciente da sua própria formação. Este método será utilizado ao longo de toda a ação permitindo assim a partilha de percepções/experiências dos pais relativamente aos conteúdos abordados. A técnica utilizada será a discussão orientada. Será também utilizado um vídeo no final da formação de modo a avaliar a aquisição de conteúdos por parte dos formandos e tornará essa mesma avaliação mais interativa.

6. Organização e programação da atividade

A data para a realização desta AES será dia 17 de dezembro de 2019, pelas 11h, na UCC onde me encontro a realizar estágio. Os recursos utilizados na realização desta AES, de cariz humano e material, serão mencionados seguidamente:

- ❖ **Recursos Humanos:** uma estudante de Enfermagem do ICS da UCP do 12º CMEESIP;
- ❖ **Recursos Físicos:** uma sala de reuniões;
- ❖ **Recursos materiais:** um computador portátil, um projetor e uma tela.
- ❖ **Recursos Financeiros:** suportado pela estudante de Enfermagem do 12º CMEESIP.

7. Plano da atividade

<p>Tema: Prevenção de acidentes no 1º ano de vida</p> <p>Grupo: Casais a frequentarem o curso de promoção da parentalidade</p> <p>Local: Sala de reuniões da UCC</p> <p>Formador: Catarina Campos, aluna do 12º CMEESIP, sob orientação de uma EESIP</p> <p>Unidade curricular: Estágio Final e Relatório</p> <p>Data: 17/12/2019</p> <p>Hora: 11h</p> <p>Duração: 90 minutos</p>	
<p>Objetivos gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Dotar os casais inseridos no projeto de conhecimento acerca das segurança e prevenção de acidentes; ❖ Sensibilizar para a problemática dos acidentes no 1º ano de vida; ❖ Desenvolver competências comunicacionais com casais inseridos no projeto; ❖ Desenvolver competências no domínio das estratégias motivacionais de grupo, através da utilização da técnica de discussão orientada; ❖ Desenvolver competências acerca da avaliação da aprendizagem numa AES para os casais inseridos no projeto. 	<p>Objetivos educacionais</p> <p>No final da sessão pretende-se que os enfermeiros sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Deter conhecimento sobre o modo de interação da criança com mundo e da importância da adoção de medidas de segurança desde o primeiro dia de vida; ❖ Deter conhecimentos sobre quais são os acidentes mais frequentes no primeiro ano de vida; ❖ Deter conhecimentos sobre o que é a asfixia, como pode ser prevenida e tratada; ❖ Deter conhecimentos sobre a prevenção das quedas; ❖ Deter conhecimentos sobre as escoriações e hematomas e suas formas de tratamento ❖ Deter conhecimentos sobre a distinção entre envenenamento e intoxicações; ❖ Deter conhecimentos sobre a prevenção de intoxicações e seu tratamento; ❖ Deter conhecimentos sobre as queimaduras e sobre a sua prevenção e tratamento; ❖ Deter conhecimentos sobre a posição corretado bebé para dormir; ❖ Deter conhecimentos sobre as medidas para prevenção do SMSL; ❖ Deter conhecimentos sobre os acidentes rodoviários e como preveni-los; ❖ Deter conhecimentos sobre como se devem utilizar os sistemas de retenção; ❖ Deter conhecimentos sobre a importância de utilização dos sistemas de retenção; ❖ Deter conhecimentos acerca da escolha dos sistemas de retenção.

Fases	Duração	Conteúdos	Metodologia/ Estratégias	Recursos didáticos	Avaliação
<i>Introdução</i>	10 min	-Apresentação do conteúdo da Ação de Educação para a Saúde, da forma como irão ser ministrados os conteúdos.	Método Expositivo Técnica da Exposição	Projetáveis: computador, projetor e tela	
<i>Desenvolvimento</i>	65 min	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Interação da criança/ mundo; ✓ Acidentes mais frequentes no 1º ano de vida; ✓ Definição de asfixia; ✓ Prevenção/tratamento de asfixia; ✓ Prevenção de quedas; ✓ Definição de escoriações e tratamento; ✓ Definição de hematomas e tratamento; ✓ Definição de envenenamento/intoxicações; ✓ Prevenção/tratamento de intoxicações; ✓ Definição de queimadura; ✓ Prevenção e tratamento de queimaduras; ✓ Posição corretado bebé para dormir; ✓ Prevenção do SMSL; ✓ Prevenção de acidentes rodoviários; ✓ Importância/seleção dos sistemas de retenção; 	Método Expositivo Técnica da Exposição Método ativo Discussão orientada	Projetáveis: computador, projetor e tela	
<i>Conclusão</i>	15 min	Síntese das principais ideias; Avaliação da aprendizagem.	Método Expositivo/ativo; Discussão orientada	Projetáveis: computador, projetor/ tela	Sumativa

8.Avaliação

A avaliação da formação deve ter como premissa a sua conceção e implementação centrada nas necessidades e expectativas dos seus utilizadores. Consistindo num processo que possibilita a monitorização sistemática de determinada intervenção formativa, recorrendo para o efeito a padrões de qualidade de referência explícitos ou implícitos, com vista à produção de juízos de valor que suportem a eventual tomada de decisões. Pretende-se, portanto, com este processo aferir em que medida os saberes adquiridos pela via da formação foram efetivamente mobilizados para os respetivos contextos de aplicação (Cardoso, Soares, & al., 2002)

Será utilizada a avaliação sumativa nesta AES, visando esta determinar em que medida os objetivos da formação foram de facto cumpridos, efetuando para o efeito um juízo de valor sobre os resultados alcançados. Recorrendo a um vídeo que será apresentado no final da sessão onde os pais podem identificar os possíveis riscos a que o bebé pode estar exposto em casa. Avaliando assim, de uma forma interativa os conhecimentos previamente lecionados. A avaliação é constituída por 4 níveis, sendo eles respetivamente: nível 1 – onde é avaliada a reação dos participantes relativamente ao tema; nível 2 – onde são avaliadas as aprendizagens; nível 3 – onde são avaliados os comportamentos; nível 4 – onde são avaliados os resultados e em que medida a aplicação dos novos saberes provocaram mudanças no seu desempenho. Uma vez que não podemos observar/avaliar o comportamento dos pais no domicílio de modo a perceber se são adotados comportamentos preventivos de acidentes, torna-se inviável avaliar o nível 3 e 4 (Cardoso, Soares, & al., 2002).

O nível 1 será avaliado ao longo da introdução de cada tema, questionando os pais sobre a sua perceção acerca de cada tema. Seguidamente, o nível 2 será avaliado no final da sessão com a apresentação do vídeo e o questionamento acerca dos 11 riscos a que um bebé está exposto, sendo pedido aos participantes para os enunciarem, e será questionada a sua importância e prevenção diária.

Como indicador da avaliação utilizarei a seguinte formula para avaliar a eficácia da formação:

$$\text{N}^\circ \text{ de riscos identificados pelos participantes} / \text{n}^\circ \text{ de riscos totais} \times 100 = \text{média de respostas certas (\%)}$$

Posteriormente procederei à apresentação dos dados mediante a aplicação da fórmula acima apresentada.

9. Conclusão

A realização do Planeamento da AES permitiu a correta organização e o estabelecimento de prioridades formativas, no sentido do cumprimento dos objetivos inicialmente estabelecidos. Assumindo como objetivo fulcral sensibilizar os pais para a importância da adoção de medidas preventivas de acidentes no 1º ano de vida.

A criança desenvolve-se explorando o mundo que a rodeia, onde tudo se apresenta como uma novidade. As habilidades cognitivas, perceptuais e motoras da criança mudam rapidamente com o seu desenvolvimento. Devem ser tomadas pelos pais precauções de modo a evitar acidentes desde o primeiro dia de vida! Os acidentes mais frequentes no 1º ano de vida são: asfixia; intoxicações; quedas; queimaduras e acidentes rodoviários. Todos estes acidentes podem deixar sequelas para o resto da vida.

Na sessão foram abordados os seguintes temas: causas de asfixia, assim como pode ser prevenida e como se deve atuar em caso de asfixia; quedas, o seu modo de prevenção e a definição/ tratamento das escoriações e dos hematomas; intoxicações-prevenção e atuação em caso de intoxicação; prevenção de queimadura e atuação em caso de queimadura; prevenção do SMSL; prevenção de acidentes rodoviários e sistemas de retenção. Penso ter atingidos os objetivos a que propus inicialmente com a realização deste planeamento.

Referências Bibliográficas

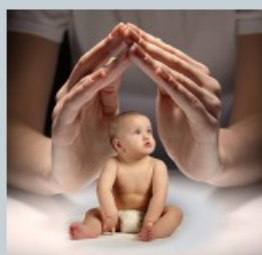
- Fundação Oswaldo Cruz. (2003). *Manual de primeiros socorros*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- APSI. (2014). *Quedas em crianças e jovens : um estudo retrospectivo 2000-2013*.
- APSI. (2017). *Relatório de avaliação*.
- APSI. (2018). *Afogamentos em Crianças e Jovens em Portugal*.
- Batalha, S., Salva, I., & al., J. S. (2016). Acidentes em Crianças e Jovens, Que Contexto e Que Abordagem? Experiência de Nove Meses no Serviço de Urgência num Hospital de Nível II . *Acta Pediátrica Portuguesa*, 47:30-7.
- Cardoso, Z., Soares, A., & al., B. L. (2002). *Avaliação da formação -glossário anotado*. Lisboa: Instituto para a Inovação na Formação.
- Direcção Geral de Saúde. (2010). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Lisboa.
- Escola Nacional de Bombeiros. (2008). *Manual de Primeiros Socorros*. Sintra: Escola Nacional de Bombeiros.
- INEM. (2017). *Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico*.
- Martins, E., Campos, P., & Costa, M. J. (s.d.). *Manual do formando*. ISLA de Bragança.
- Público, J. (2016). *Público*.
- Reis, I. (2010). *Manual de Primeiros Socorros*. Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2009). *Como reduzir o risco de SMSL*.

Apêndices

Apêndice I



Segurança e prevenção de acidentes



SUMÁRIO

- ◆ A criança e o mundo
- ◆ Acidentes mais frequentes no 1º ano de vida
- ◆ Estatística
- ◆ Asfixia
- ◆ Quedas
- ◆ Intoxicações
- ◆ Queimaduras
- ◆ Posição correta do bebé para dormir
- ◆ Acidentes rodoviários

A criança e o mundo



“...O melhor do mundo são as crianças.”
Fernando Pessoa

A criança e o mundo

Definição de acidente



“... É um acontecimento independente da vontade humana”
(OMS, 2008)



Podem ser prevenidos através da adoção de medidas de
segurança desde 1º dia de vida



Para refletir...



Sabia que os acidentes são a principal causa de morte nos primeiros anos de vida das crianças?

Sabia que os acidentes são uma causa importante de deficiência nas crianças?

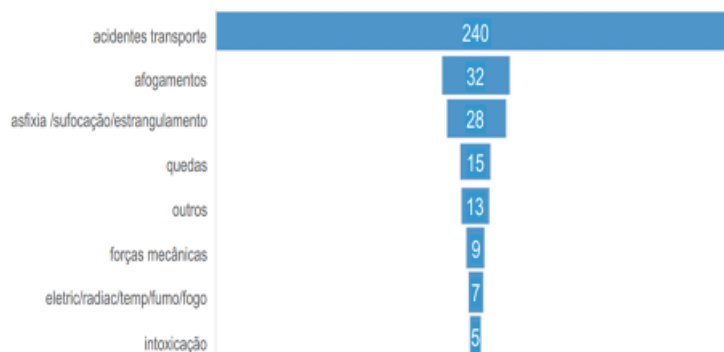
É por isso que se devem hábitos de vida saudáveis e um ambiente seguro desde o primeiro dia de vida do bebê!

Acidentes mais frequentes na 1ª infância



Estatística

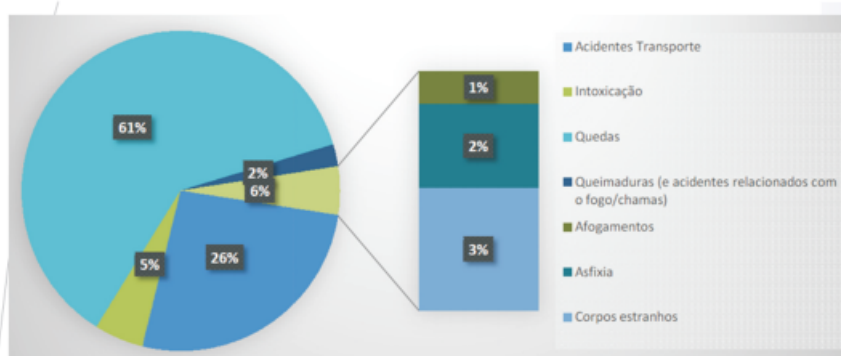
Mortalidade infantil por acidente em Portugal dos 0 aos 19 anos entre **2011 e 2015**



(APSI, 2017)

Estatística

Distribuição do nº de internamentos por acidente, entre **2012 e 2016** dos 0 aos 18 anos



(APSI, 2017)

Asfixia



Dificuldade respiratória que leva à falta de oxigênio no organismo



Afogamentos



Obstrução das vias respiratórias



Sufocação provocada por objetos perigosos

Asfixia

Prevenção



Asfixia

Prevenção



Cuidados a ter na alimentação



Asfixia

Prevenção



Cuidados a ter na água



Asfixia Prevenção



Cuidados a ter com os brinquedos



Asfixia Prevenção

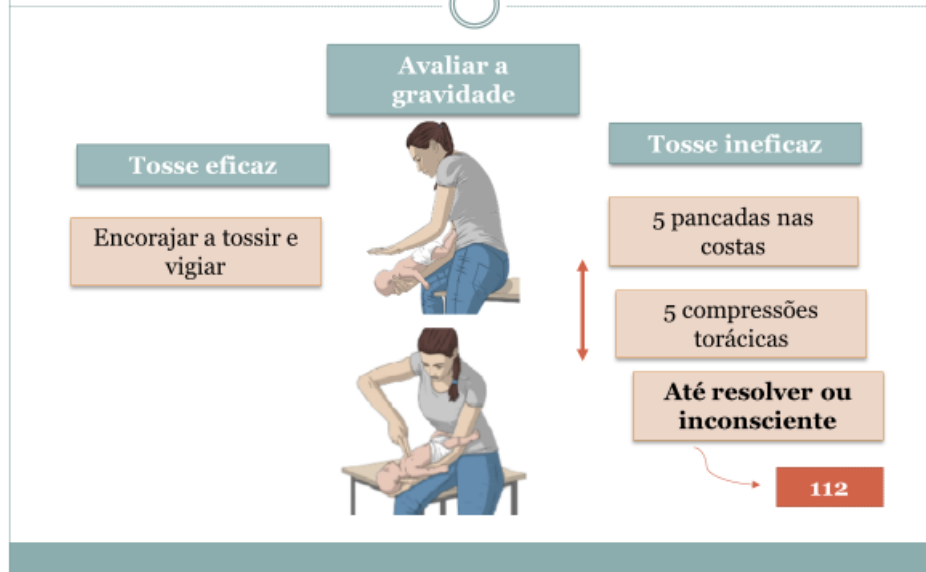


Cuidados a ter ao comprar brinquedos online



Asfixia

Obstrução da via aérea em crianças com menos de 1 ano



Asfixia

Atuação



Em caso de estrangulamento:

- ✦ Cortar imediatamente a corda ou o que estiver a fazer pressão em torno do pescoço do bebé



Asfixia Afogamentos



O afogamento consiste no comprometimento das vias respiratórias em resultado de imersão ou submersão em líquido (OMS)



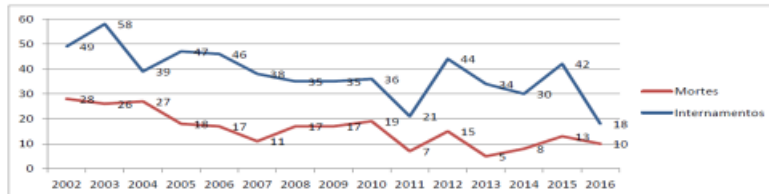
Uma criança pequena pode-se afogar em poucos centímetros de água, num tanque, balde ou alguidar quase vazio, ou até mesmo na banheira, durante o banho.

Estatística

Afogamentos dos 0- 18 anos



Nos últimos 15 anos ocorreram **238** afogamentos com desfecho fatal em crianças e jovens



	0-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-18 anos	Total
Internamentos 2011 – 2016	69	29	57	34	189

APSI, 2018

Quedas



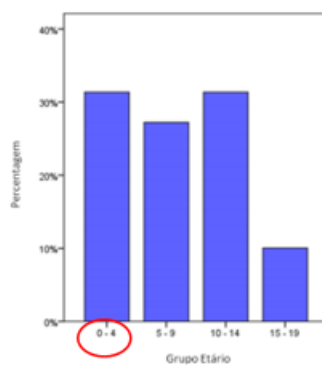
As quedas são a segunda principal causa de mortes acidentais ou não intencionais em todo o mundo (OMS)

Quedas em Portugal

Estatística



Distribuição percentual dos acidentes por queda por grupo etário (ADÉLIA)



APSI, 2014

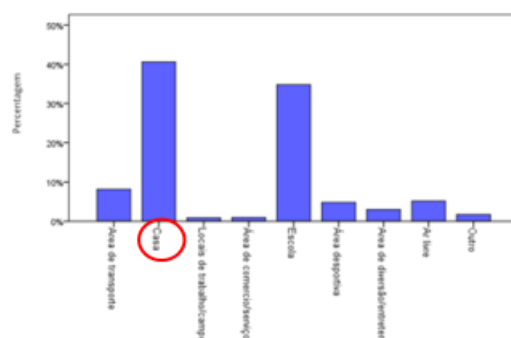
Quedas em Portugal

Estatística



Em que local ocorrem mais?

Distribuição percentual dos acidentes por queda pelo local de ocorrência (ADÉLIA)

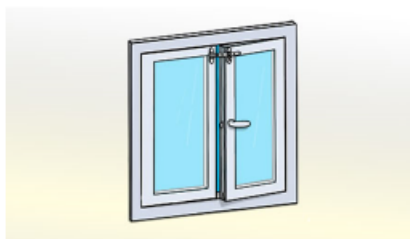


(APSI, 2014)

Quedas Prevenção



Quedas Prevenção



Quedas



Escoriações

Lesões da camada superficial da pele ou mucosas, apresentando solução de continuidade do tecido, sem perda ou destruição do mesmo, com sangramento discreto



Quedas



Escoriações Como tratar?



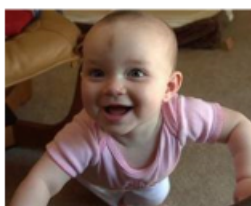
- ✓ Se a escoriação for **superficial** deixar preferencialmente ao ar
- ✓ Escoriação **profunda** – proteger com compressa esterilizada e consultar um profissional de saúde

Quedas



Hematomas

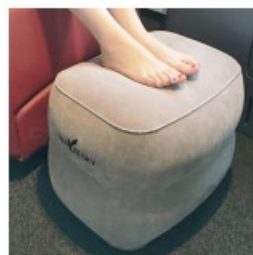
Surgem aquando do rompimento de vasos sanguíneos de calibre considerável, provocando a acumulação de sangue nos tecidos



Quedas



Hematomas Como tratar?



Se a dor persistir ou aumentar contactar um profissional de saúde

Intoxicações



Intoxicações/Envenenamento

Envenenamento → efeito produzido no organismo por um veneno, podendo este ser introduzido pela via digestiva, respiratória ou pele



Intoxicação → conjunto de sinais e sintomas que surgem pela exposição a substâncias químicas tóxicas para o organismo

Intoxicações

Prevenção



Não dê medicamentos às escuras. Confirme a embalagem e as doses antes de dar o bebé.



Feche e guarde os detergentes/ produtos de higiene logo após a sua utilização longe do alcance e da vista das crianças



Intoxicações

Prevenção



CRIANÇAS

União Europeia “inundada” por brinquedos tóxicos chineses

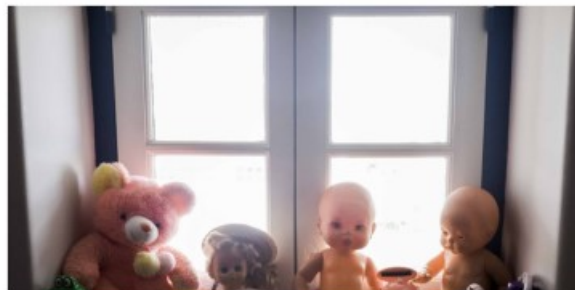
Estudo detecta concentrações perigosas de compostos cancerígenos.

Lusa - 28 de Novembro de 2019, 1:06

1787



partilhas



Re
un

O jo

🔗 Certifique-se que os brinquedos não contêm nenhum componente tóxico

Intoxicações

Atuação



Dados a fornecer
ao CIAV:



Quem ingeriu- idade e sexo;
O que ingeriu- nome do medicamento/produto, animal ou planta;
Quanto ingeriu- quantidade ingerida ou tempo de exposição ao produto;
Quando - Há quanto tempo;
Onde - Em casa, na rua, no local de trabalho.

Queimaduras

As queimaduras podem ser provocadas por qualquer substância quente que entre em contacto com a pele, tal como líquidos ou objetos



Queimaduras em Portugal

SAÚDE

Um quinto dos queimados em Portugal são crianças com menos de cinco anos

Especialistas recomendam criação de Unidade Pediátrica de Queimados.

Lusa - 7 de Outubro de 2016, 15:53

Um estudo desenvolvido por uma equipa do Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Saúde (CINTESIS), a que a Lusa teve hoje acesso, conclui que um quinto dos queimados (20%) em Portugal são crianças com menos de cinco anos.

Os investigadores do Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Saúde (CINTESIS), sediado na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), que avaliaram o impacto clínico e económico das queimaduras em Portugal, recomendam, por isso, uma Unidade Pediátrica de Queimados.

O estudo foi desenvolvido com base nos registos de admissões e altas hospitalares. Durante o período em análise (2000 a 2013), foram registadas mais de 26 mil hospitalizações por queimadura (como diagnóstico principal ou secundário), numa média de 1889 registos de queimadura por ano.

53 PARTILHAS



Reparámos que tem um ad blocker activo

O jornalismo livre precisa do seu apoio.
Pense bem, pense Público.

ASSINE JÁ

COMO DESACTIVAR

P Já é assinante? Inicie aqui

Queimaduras Prevenção



Queimaduras

Prevenção



Queimaduras

Atuação



Remover a fonte de calor



Retirar a roupa



Oferecer água



112

Queimaduras

Atuação



O que não fazer

Retirar qualquer pedaço de tecido que tenha ficado agarrado à queimadura

Aplicar gelo diretamente sobre a queimadura

Aplicar produtos sobre as queimaduras



Rebentar as flictenas

Vamos dormir?



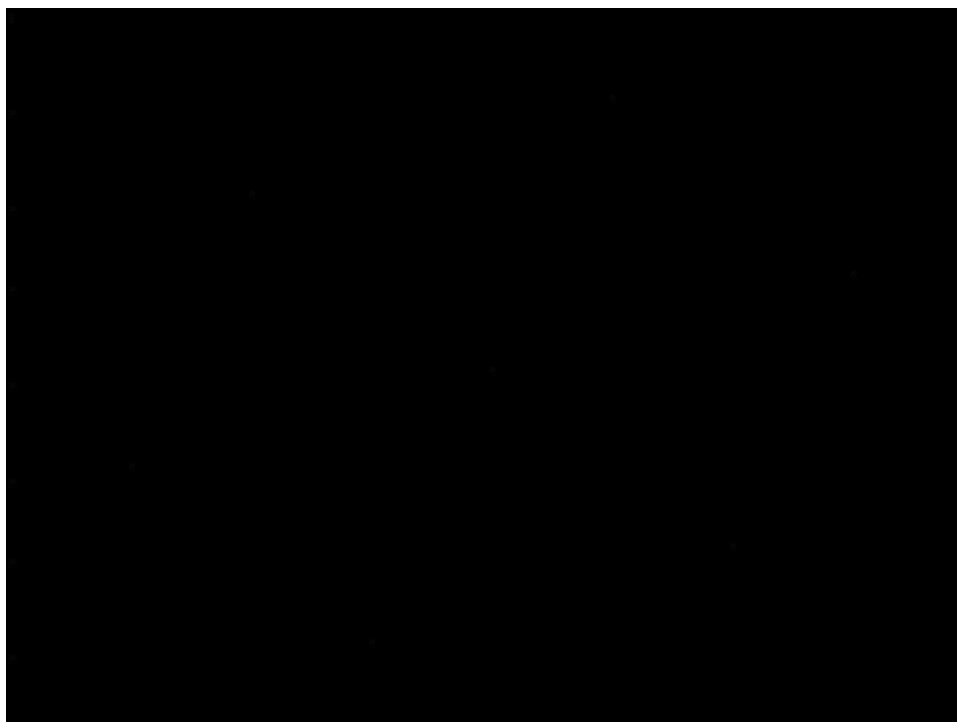
Posição correta do bebê para dormir



Decúbito dorsal com a cabeça lateralizada

Porquê?

Redução do síndrome de morte súbita no 1º ano de vida!



Acidentes rodoviários



Acidentes rodoviários

Prevenção



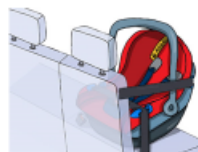
Transporte o bebé na cadeirinha, em todas as viagens, desde o nascimento, com os cintos bem apertados

Acidentes rodoviários

Sistemas de retenção

Desde o nascimento

Transporte no “ovinho”/baby cock



Até quando utilizar?

- ✦ Até aos 13 Kg ou 75 cm de altura
- ✦ Enquanto o arnês (cinto interno) estiver à altura do ombro e a cabeça estiver bem apoiada
- ✦ Cabeça ultrapassar limite superior da cadeira

Acidentes rodoviários

Sistemas de retenção

Certo ou Errado?



Acidentes rodoviários

Sistemas de retenção

Porque é que as crianças até aos 4 anos devem viajar voltadas para trás?

↳ Pescoço frágil
↳ Cabeça grande



↳ 5 vezes mais seguro do que viajar voltado para a frente

Acidentes rodoviários

Como escolher a cadeirinha para o seu bebé?

Existem **dois** regulamentos em Portugal:

R44

R129

cadeiras “i-size”

2014

Etiqueta de homologação



Vantagens:

- ✓ Maior proteção da cabeça e do pescoço, no caso de colisões frontais;
- ✓ Maior proteção em colisões laterais
- ✓ Menor risco de instalação incorreta

Acidentes rodoviários

Como escolher a cadeirinha para o seu bebé?



Nome do fabricante

ECE R44-04

UNIVERSAL

0-13 Kg

E4

4443517

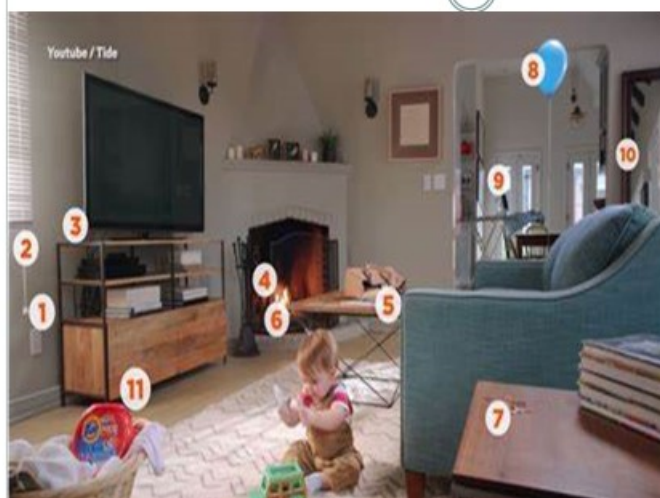
Nr. 598816



- A** -- Nome do fabricante
- B** -- Versão do regulamento de homologação da cadeira (nesta caso, 4º versão do ECE R44)
- C** -- Possibilidade de instalação em veículo: universal, semi-específico ou veículo específico
- D** -- Grupo de peso para o qual a cadeira está homologada.
- E** -- Indica o país que concede a homologação: 1 no caso da Alemanha, 2 para França, 3 Holanda, 9 Espanha...
- F** -- Número de homologação. Os dois primeiros números (04) mostram que a cadeira foi homologada pelo 4º versão do R44
- G** -- Número único atribuído a uma cadeira específica e que a identifica
- H** -- Código de barras numérico
- I** -- Código de barras
- J** -- Detalhes da produção: mês e ano de produção
- K** -- Número de referência do fabricante



Vamos descobrir os riscos?



1- Tomada não protegida

2- Cortina

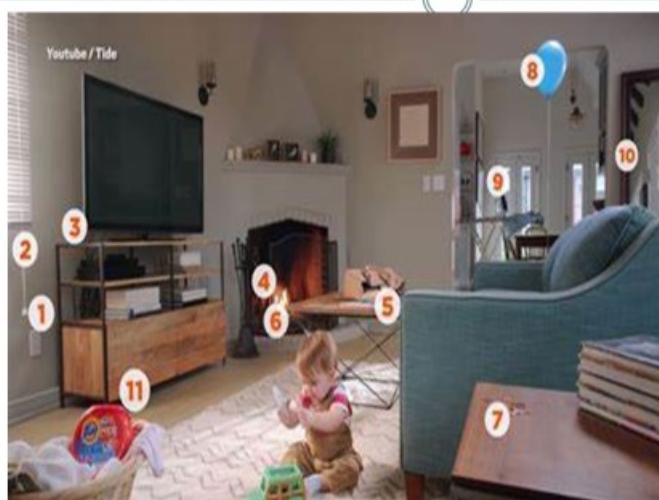
3- TV perto do limite

4- Lareira sem proteção

5- Carteira aberta

6- Objetos pontiagudos

Vamos descobrir os riscos?



7- Moedas

8- Balão

9- Ferro

10- Espelho

11- Detergentes

Dúvidas?



Obrigada pela atenção!



Apêndice V

Planeamento da AES sobre “Estratégias não farmacológicas de controlo da dor em crianças”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Planeamento de uma Ação de Educação para a Saúde: Estratégias não farmacológicas de controlo da dor em crianças

Serviço de internamento de Pediatria

Documento elaborado por:

Catarina Costa Campos, n.º 360505014

Porto, junho de 2019

Índice

0. INTRODUÇÃO.....	148
1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO	150
2. FORMULAÇÃO DOS OBJETIVOS	151
3. SELEÇÃO DE CONTEÚDOS.....	152
4. METODOLOGIA/SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....	160
5. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ATIVIDADE	161
6. PLANO DA ATIVIDADE.....	162
7. AVALIAÇÃO	166
8. CONCLUSÃO.....	166
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	167
APÊNDICES	
APÊNDICE I.....	170
APÊNDICE II.....	189

Siglas, abreviaturas e acrónimos

AES- Ação de Educação para a Saúde

CMEESIP- Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

GOBP- Guia Orientador de Boa Prática

GOBPESIP- Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EEICS- Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde

IASP-International Association of the Study of Pain

RN- Recém-nascido

UCP-Universidade Católica Portuguesa

0. Introdução

No âmbito do XII Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (CMEESIP), realizado na Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde (EEICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), no contexto da Unidade Curricular Estágio: A saúde da criança e família - Vigilância e decisão clínica (180 horas de contacto) a decorrer num serviço de internamento pediátrico, foi detetada a necessidade de realização de uma Ação de Educação para a Saúde (AES) sobre estratégias não farmacológicas de controlo de dor na criança.

A dor é considerada com o quinto sinal vital constitui igualmente um indicador fundamental na avaliação do seu desempenho profissional. Mas muito para além da sua avaliação impera um dever profissional: prestação de cuidados de elevada qualidade baseados na melhor evidência científica. Constituindo ainda, um direito dos doentes e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde (Circular Normativa nº 9, 2003). O objetivo desta AES será fornecer informação mais atual aos pares de forma a sensibilizá-los para a importância das medidas não farmacológicas de controlo da dor em crianças, possibilitando assim, a diminuição do stress e da ansiedade de uma criança aquando da realização dum procedimento doloroso.

Com a realização desta ação de educação para a saúde pretendo atingir os seguintes objetivos:

- ❖ Desenvolver competências comunicacionais para grupo de pares;
- ❖ Desenvolver competências no domínio das estratégias motivacionais de grupo, através da utilização da técnica de discussão orientada;
- ❖ Desenvolver competências acerca da avaliação da aprendizagem numa AES para um grupo de pares;
- ❖ Suprimir uma necessidade formativa do serviço.

Este trabalho encontra-se dividido por seis capítulos sendo eles respetivamente: análise da situação; formulação dos objetivos; seleção de conteúdos; metodologia/seleção de estratégias; organização e programação da atividade; plano da atividade e avaliação.

Concluindo, estas intervenções assumem uma extrema importância na prática diária dos enfermeiros, sendo necessário quebrar rotinas de modo a ter “abertura” para explorar algumas técnicas descritas como eficazes no controlo da dor.

1. Análise da situação

O controlo da dor tem sido um tema que tem vindo a assumir uma importância crescente ao longo do tempo, tendo sido surgido em 2001 o Plano Nacional de Luta contra a Dor. Posteriormente foi também publicada a Circular Normativa da Direção Geral de Saúde que assume a dor como o quinto sinal vital, seguindo-se a elaboração dum guia orientador de boa prática nos cuidados à pessoa com dor (Batalha et al., 2014).

Num estudo observacional, descritivo, transversal são apresentados dados acerca da dor em Pediatria. Os dados foram colhidos com consulta retrospectiva de registos, num período de 24 horas, realizado pelos enfermeiros no processo clínico de crianças até aos 18 anos, tendo sido analisados no total 830 processos, internadas entre agosto e dezembro de 2011. Dos 830 processos analisados em 47,8% houve registo da história da dor, sendo ela bem elaborada nas primeiras 24 horas de internamento. Em 42,2% dos casos houve registo do uso de intervenções farmacológicas e em 15,8% dos casos houve registo de intervenções não farmacológicas (Batalha et al., 2014).

No artigo acima descrito é feita uma referência a um trabalho realizado em 2003 que caracterizou pela primeira vez a avaliação e controlo de dor na criança hospitalizada em Portugal. Neste trabalho os resultados revelaram numa realidade de 4355 crianças até aos 18 anos que a presença de dor era de 56%, 33% apresentavam dor ligeira, 13% dor moderada e 9% com dor intensa. Verificou-se ainda, que num período de 8 horas a prevalência da avaliação e de registos da intensidade da dor foi de 5%, não havendo registos sobre a história da dor. A prevalência de tratamento farmacológico foi de 30% e de não farmacológico de 79%. As técnicas que mais se destacaram foram a distração (45%), posicionamentos (30%) e reforço positivo (10%) (Batalha et al., 2014).

Considereei relevante abordar o tema da dor, pois a realização de procedimentos dolorosos é uma prática diária e recorrente. Após conversa informal com os enfermeiros responsáveis pela formação do serviço, considerou-se que as estratégias não farmacológicas no controlo da dor seriam o tema mais pertinente para realizar uma AES.

Pode-se observar o relevo que esta temática apresenta, através da consulta de um documento extremamente organizado e estruturado que a Ordem dos Enfermeiros criou, tendo consistido este na linha condutora do presente trabalho.

2. Formulação dos objetivos

O planeamento consiste num modelo teórico para uma ação futura, permitindo determinar antecipadamente o curso de ação e quais os objetivos a serem atingidos.

É um processo através do qual se procura atingir os objetivos com uma economia de esforços e meios, antecipar o que se pode passar no futuro, equacionar práticas que possam agir sobre a realidade que se quer modificar, para que haja uma aproximação, tanto quanto possível dos objetivos previamente delineados (Santos, 2011).

Neste capítulo serão então definidos os objetivos desta AES que irá ser realizada para um grupo de pares. Esta ação decorre de um dos objetivos traçados aquando do início do estágio e, simultaneamente revela-se como essencial para a aquisição das competências necessárias a um Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

Com a realização desta atividade pretendo atingir os seguintes objetivos:

Objetivos Gerais

- ❖ Dotar os enfermeiros do internamento pediátrico de conhecimento acerca das medidas não farmacológicas de controlo da dor;
- ❖ Sensibilizar para a problemática da dor na criança hospitalizada.

Objetivos Educacionais

No final da sessão pretende-se que os formandos sejam capazes de:

- ❖ Deter conhecimento sobre as medidas não farmacológicas de controlo da dor;
- ❖ Deter conhecimentos sobre as medidas não farmacológicas da dor adequadas a cada faixa etária;
- ❖ Saber em que consiste cada técnica não farmacológica de controlo de dor;
- ❖ Saber diferenciar o tipo de intervenções existentes nos diferentes domínios (cognitivo, comportamental e cognitivo-comportamental).

3. Seleção de conteúdos

De acordo com a finalidade da sessão e com os objetivos educacionais irão ser abordados os seguintes conteúdos educacionais:

1. Definição de dor
2. Princípios acerca das estratégias não farmacológicas de controlo da dor
3. Estratégias de controlo da dor mediante a faixa etária
4. Intervenções não farmacológicas de alívio e controlo de dor recomendadas no RN
5. Intervenções não farmacológicas nas crianças/adolescentes
6. Estratégias cognitivas de controlo de dor não farmacológicas nas crianças/adolescentes
7. Intervenções comportamentais
8. Intervenções cognitivo-comportamentais
9. Métodos físicos para o controlo da dor
10. Outras estratégias para controlo da dor

A dor é definida pela International Association of the Study of Pain (IASP) como sendo uma experiência emocional e sensorial desagradável associada com uma lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (IASP, 1994).

O Guia Orientador de Boa Prática (GOBP) acerca das estratégias não farmacológicas no controlo da dor define alguns princípios que devem ser tidos em conta, de modo a garantir os que são exercidos os direitos das crianças. Os princípios são os seguintes:

- ❖ Idade da criança e o seu desenvolvimento cognitivo;
- ❖ Negociar a presença do pai/mãe ou de alguém significativo;
- ❖ Facilitar a segurança e a proteção dos pais (os pais devem ser instruídos acerca dos comportamentos verbais e não verbais que otimizam a sua presença junto da criança);
- ❖ Permitir que os pais decidam o tipo de colaboração que desejam dar;

- ❖ Dar preferência a que os procedimentos sejam executados por um enfermeiro com quem a criança já tem uma relação de confiança estabelecida;
- ❖ Dar informação simples e exata sobre o que irá acontecer;
- ❖ Nunca usar procedimentos médicos ou de Enfermagem como ameaça;
- ❖ Ser honesto;
- ❖ Ajudar a criança a fazer perguntas e a exprimir sentimentos;
- ❖ Não dar à criança falsa confiança e tranquilidade em relação a um procedimento doloroso, dizendo que “não vai doer nada”;
- ❖ Não utilizar expressões com as quais a criança se possa sentir humilhada, tais como “pareces um bebé a chorar”;
- ❖ Ajudar a criança a participar no controlo da sua dor;
- ❖ Atribuir à criança algum controlo sobre o tratamento;
- ❖ Proporcionar o “falar consigo próprio”;
- ❖ Dar feedback positivo;
- ❖ Permanecer junto da criança após um procedimento doloroso;
- ❖ Planear os cuidados de forma a manipular/incomodar o menor número de vezes possível;
- ❖ Agrupar os procedimentos ou terapêuticas dolorosas e providenciar que sejam feitos com analgesia (GOBP, 2013).

As estratégias não farmacológicas de controlo da dor constituem um recurso extremamente importante no controlo da dor na criança e no adolescente, encontrando-se subdivididas em três tipos: comportamentais; cognitivas e cognitivo-comportamentais. Estas estratégias encontram-se ainda agrupadas de acordo com a faixa etária: recém-nascido; idade pré-escolar; idade escolar e adolescentes (GOBP, 2013).

Consoante a faixa etária estão preconizadas/sugeridas diferentes técnicas (tabela 1):

Recém-nascido	Idade pré-escolar	Idade escolar	Adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> - Presença dos pais; - Embalo, carícias; - Sucção não nutritiva; - Redução do ruído: - Canções de embalar; - Massagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ouvir histórias (a mesma história muitas vezes); - Brinquedo favorito; - Brincadeira lúdica e terapêutica; - Ouvir uma música familiar; - Estratégias de relaxamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de relaxamento; - Respiração lenta e profunda; - Massagem, leitura; - Brincadeira lúdica e terapêutica; - Atividade favorita; - Modelagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de relaxamento; - Respiração lenta; - Camisola favorita, ouvir música, fotos, facultar o telefone; - Diário, relatório pessoal, escrita e desenho.

Estratégias de controlo de dor não farmacológicas no recém-nascido (RN)

Os cuidados ao recém-nascido devem ter como objetivo aumentar o seu conforto e estabilidade, reduzindo assim o stress e as possíveis consequências das intervenções ambientais e terapêuticas (GOBP, 2013).

As intervenções não farmacológicas de alívio e controlo de dor recomendadas no RN têm sido as seguintes (GOBP, 2013):

Reduzir a incidência de luzes sobre o RN

Reduzir o ruído do ambiente (promovendo o silêncio e evitando conversas desnecessárias e diminuir se possível, o alarme dos monitores)

Preservação de períodos mais prolongados de sono e repouso;

Posicionamento adequado do RN (a contenção em ninhos que promovam a sua organização comportamental, rolos de posicionamento)

Concentração das manipulações

Massagem terapêutica

Embalamento, “colinho”	<p>O contacto físico dos pais com o RN (principalmente com a mãe) parece atenuar a resposta comportamental e fisiológica à dor.</p> <p>O método canguru reduz significativamente a duração do choro, a atividade comportamental e a diminuição da frequência cardíaca em RN prematuros.</p>
-------------------------------	---

Sucção não nutritiva	<p>O uso de chupeta inibe a hiperatividade e modula o desconforto no RN. A solução adocicada diminui o tempo de choro e atenua a mímica facial de dor, através da libertação de endorfinas endógenas. A analgesia promovida pela chupeta parece ocorrer apenas durante os movimentos ritmados de sucção, podendo haver um fenómeno de dor quando da sua interrupção.</p>
-----------------------------	--

Aleitamento materno	<p>Para além dos benefícios nutricionais e afetivos para o RN, também pode ser uma potente intervenção para o alívio da dor.</p>
----------------------------	--

Sacarose a 24%	<p>Tem-se verificado uma expressão de tranquilidade do RN e /ou diminuição do tempo de choro, quando utilizada durante a punção venosa para colheitas ou colocação de perfusão. A ação analgésica só ocorre quando as soluções adocicadas são instiladas na porção anterior da língua, indicando que o efeito antinocetivo é mediado pelas papilas gustativas, ou seja, pela sensação do gosto doce. A American Academy of Pediatrics (AAP) e a Canadian Pediatric Society (CPS) recomendam uma dosagem de solução adocicada para a redução das respostas dolorosas em neonatologia de 0,012 a 0,12g (0,05 – 0,5ml de 24%), sugerindo ainda, que esta seja administrada 2 minutos antes e um intervalo de 1 a 2 minutos após o procedimento doloroso (Alves, C., Duarte, E., Azevedo, V. et al. 2011).</p>
-----------------------	--

Estratégias de controlo de dor não farmacológicas nas crianças/ adolescentes

No Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (GOBPESIP) fica bem claro que é através da brincadeira que a criança conhece o mundo e adquire novas experiências e conhecimentos: *“Brincar, enquanto atividade e oportunidade de relação constitui um elemento basilar em todo o processo dinâmico do ser criança”* (GOBPESIP, 2010).

Seguidamente irão ser apresentadas as intervenções que o GOBP (2013) defende para a criança/ adolescentes, dividindo-se em três domínios: cognitivo, comportamental e cognitivo-comportamental, tendo ainda sido acrescentada à informação do guia informação da evidência mais recente para algumas intervenções.

As intervenções cognitivas recomendadas se utilizar com as crianças/adolescentes são as seguintes:

Fornecimento de informação antecipatória É um dever dos enfermeiros e um dos direitos das crianças ser dada a informação adequada à idade, devendo esta informação ser adequada à idade. Sendo que por exemplo uma criança com 6/7 anos só retém cerca de 1 hora a informação, esta deve ser dada no momento em que se vai realizar o procedimento. Devem ser explicadas à criança as etapas do procedimento e/ ou sensações provocadas por ele informações básicas, simples, claras e honestas para que a criança possa compreendê-las, através de desenhos, vídeos, manipulação do equipamento, de forma a reduzir a sua ansiedade e aumentar o seu autocontrolo.

Distração Técnica que direciona a atenção para situações não relacionadas com o procedimento doloroso. É muito útil para controlar “dores” de curta duração como, por exemplo, a punção venosa para colheita de sangue. As crianças de todas as idades devem ser distraídas com leitura, música, vídeos de ação ou de televisão, exercícios de respiração, em simultâneo à realização do procedimento.

No caso dos bebés eles distraem-se facilmente com linguagem “teatral” ou com um brinquedo que chia, por exemplo.

	<p>Nas crianças dos dois aos cinco anos pode-se distraí-las com a leitura, o contar histórias, pequenos jogos, bolas de sabão.</p> <p>O envolvimento ativo da criança com o procedimento doloroso é positivo, constituindo um elemento facilitador, como por exemplo, falar sobre as suas preferências, dentro das alternativas possíveis e com aprendizagem de autocontrolo da situação (falar, respirar profundamente, relaxar).</p> <p>A distração é uma intervenção relativamente simples baseada na evidência para minimizar a angústia das crianças durante os procedimentos médicos. Os hospitais precisam de ferramentas para rastrear as crianças que têm mais risco de desenvolverem angústia de modo a ajudar os pais a prepararem-se para terem um papel ativo como “coaches na distração” ou ter suporte profissional ajustado às crianças (Hanrahan, et al., 2018).</p>
<i>Reforço positivo</i>	Promover o elogio da criança ou recompensa após procedimentos dolorosos.
<i>Imaginação guiada</i>	A finalidade desta técnica é proporcionar uma sensação de bem-estar e relaxamento através da indução de um estado de concentração, intensificando numa ideia em particular ou imagem particular. Conduz a imaginação para um lugar agradável, uma atividade favorita, com pensamento positivos, histórias de super-heróis, reduzindo a sensação dolorosa, pelo bloqueio de informação nocicetiva (utilizado em crianças com mais de quatro anos).
<i>Simulação ou modelação</i>	<p>Demonstração e /ou simulação do procedimento por outra criança ou adulto, demonstrando comportamento de confronto positivo com a situação.</p> <p>Esta técnica permite informar a criança acerca do procedimento e sugerir comportamento que ajudem a lidar com a dor e ansiedade.</p>

Intervenções comportamentais

Distração comportamental Incentivar à realização de exercícios, nomeadamente, atividades físicas antes dos procedimentos dolorosos, isto permite que a criança fique mais relaxada e menos preocupada.

Relaxamento muscular	<p>O relaxamento é útil em todas as idades, assumindo um papel mais relevante nos adolescentes. O relaxamento pode reduzir o medo, a ansiedade, a náusea, vômito e dor.</p> <p>Tipos de relaxamento: exercícios de respiração diafragmática (a partir dos dois anos), exercícios de relaxamento muscular progressivo (usados a partir dos seis anos), exercícios de relaxamento ativo. A utilização de gravações áudio constitui uma alternativa simples e económica.</p>
-----------------------------	---

As intervenções cognitivo-comportamentais combinam pelo menos uma intervenção cognitiva e uma comportamental. Estas intervenções têm como objetivo modificar os processos cognitivos da criança de forma a atenuar a sua perceção de dor, com base no pressuposto que as cognições ou avaliações da pessoa acerca de determinados eventos influenciam o modo como ela sente e percebe os procedimentos (GOBP, 2013).

De seguida serão ainda apresentados métodos físicos e outras estratégias usadas no controle da dor, de forma a complementar e enriquecer ainda mais a informação acima descrita, segundo o GOBP (2013).

Métodos físicos para o controlo da dor

Aplicação de calor, hidroterapia ou bolsas térmicas Estas técnicas promovem a circulação sanguínea, produzindo um efeito analgésico, devido à ativação do sistema supressor da dor e ao relaxamento muscular.

<i>Aplicação de frio</i>	Diminui a circulação sanguínea e tem uma ação anti-inflamatória, favorecendo o alívio da dor e redução do edema.
<i>Massagem</i>	Estimulação cutânea (massagem) tem o propósito de aliviar a dor através do relaxamento, distração, além de ativar mecanismos inibitórios da dor.
<i>Posicionamentos</i>	As mudanças de posição que promovem o conforto são estratégias úteis no alívio da dor.

Outras estratégias para o controlo da dor

Musicoterapia Esta técnica ativa a produção de endorfinas endógenas, diminuindo assim o stress, tensão, induzindo o relaxamento.
A musicoterapia é mais eficaz na redução de ansiedade em crianças maiores.

<i>Arteterapia</i>	O teatro, a música, a arte, a poesia, as marionetas, a escrita, o desenho podem ajudar a criança a falar sobre a sua doença e a ganhar controlo sobre a dor.
<i>Humor</i>	É uma estratégia de comunicação com a criança e o adolescente. Proporciona alívio das tensões e das preocupações, tornando também a relação mais próxima e de confiança. O humor estimula a expressões como o sorriso e o riso, associadas ao prazer e bem-estar. O riso estimula a produção de endorfinas e diminui a intensidade dos fenómenos dolorosos e a receptividade do organismo à dor. O riso facilita o relaxamento dos músculos respiratórios, provocando uma respiração do tipo diafragmático. Um minuto de riso equivale a 45 minutos de relaxamento.

Concluindo, estas intervenções assumem uma extrema importância na prática diária dos enfermeiros, sendo necessário quebrar rotinas de modo a ter “abertura” para explorar algumas técnicas descritas como eficazes no controlo da dor.

Batalha (2013), defende que é através de ações de sensibilização/formação realizadas no âmbito das políticas implementadas na área da avaliação e controlo da dor pediátrica que se geraram evidentes ganhos na qualidade de cuidados prestados. Tendo vindo a ser reconhecida a importância ser dada prioridade à formação para a aplicação de estratégias de intervenções não-farmacológicas e ao desenvolvimento de mais investigação que suporte as práticas.

4. Metodologia/seleção de estratégias

Nesta AES serão utilizados dois métodos pedagógicos: expositivo e ativo. O método expositivo terá como suporte um PowerPoint® que abordará os conteúdos acima descritos (Apêndice I) e a técnica pedagógica que será utilizada será a exposição. Pode-se considerar que o método expositivo é aquele em que o formador desenvolve oralmente um assunto, dando toda a informação à partida, a estruturação do raciocínio e o resultado (Ferro, 2004). O método ativo será um complemento vantajoso, pois permitirá a participação e a partilha de experiências na prática clínica. A técnica utilizada será a discussão orientada.

5. Organização e programação da atividade

Esta atividade surgiu após detecção da necessidade formativa dos profissionais de saúde do serviço de internamento de Pediatria. Inicialmente efetuei um diagnóstico das necessidades de formação do serviço, visando este processo analisar eventuais lacunas ou discrepâncias existentes entre o perfil de competências detido por um indivíduo ou conjunto de indivíduos e o respetivo perfil de competências desejado, resultando na elaboração de formação de natureza corretiva e/ou prospetiva (Cardoso et al., 2002).

A data para a realização desta AES será dia 17 de junho de 2019, pelas 14h30, num Serviço de Pediatria Médica. Os recursos utilizados na realização desta AES, de cariz humano e material, serão mencionados seguidamente:

- ❖ **Recursos Humanos:** uma estudante de Enfermagem do Instituto de Ciências (ICS) da Universidade Católica Portuguesa do Porto (UCP), do 12º CMEESIP;
- ❖ **Recursos Físicos:** uma sala de tratamentos do serviço;
- ❖ **Recursos materiais:** um computador portátil, um projetor e uma tela.
- ❖ **Recursos Financeiros:** suportado pela estudante de Enfermagem do 12º CMEESIP.

6.Plano da atividade

Tema: Estratégias não farmacológicas de controlo da dor em crianças

Grupo: Enfermeiros do serviço de internamento pediátrico

Local: Sala de tratamentos do serviço

Formador: Catarina Campos, aluna do 12º CMEESIP

Unidade curricular: A Saúde da criança e da família: vigilância e decisão clínica

Data: 17/6/2019

Hora: 14h30

Duração: 45 minutos

Objetivos gerais:	Objetivos educacionais
<ul style="list-style-type: none">- Dotar de conhecimento os enfermeiros do internamento pediátrico acerca das medidas não farmacológicas de controlo da dor;- Sensibilizar para a problemática da dor na criança hospitalizada.	<p>No final da sessão pretende-se que os enfermeiros sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none">- Deter conhecimento sobre as medidas não farmacológicas de controlo da dor;- Deter conhecimentos sobre as medidas não farmacológicas da dor adequadas a cada faixa etária;- Saber em que consiste cada técnica não farmacológica de controlo de dor;- Saber diferenciar o tipo de intervenções existentes nos diferentes domínios (cognitivo, comportamental e cognitivo-comportamental).

Fases	Duração	Conteúdos	Metodologia/ Estratégias	Recursos didáticos	Avaliação
Introdução	5 minutos	-Apresentação do conteúdo da Ação de Educação para a Saúde, da forma como irão ser ministrados os conteúdos.	Método Expositivo Técnica da Exposição	Projetáveis: Computador, projetor e tela	
Desenvolvimento	35 minutos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definição de dor 2. Princípios acerca das estratégias não farmacológicas de controlo da dor 3. Estratégias de controlo da dor mediante a faixa etária 4. Intervenções não farmacológicas de alívio e controlo de dor recomendadas no RN 5. Intervenções não farmacológicas nas crianças/adolescentes 6. Estratégias cognitivas de controlo de dor não farmacológicas nas crianças/adolescentes 7. Intervenções comportamentais 8. Intervenções cognitivo-comportamentais 9. Métodos físicos para o controlo da dor 10. Outras estratégias para controlo da dor 	Método Expositivo Técnica da Exposição Método ativo Discussão orientada	Projetáveis: Computador, projetor e tela	
Conclusão	5 minutos	Síntese das principais ideias; Avaliação da aprendizagem.	Método Expositivo Método ativo Discussão orientada	Projetáveis: Computador, projetor e tela	Sumativa

7.Avaliação

A avaliação da formação possibilita a monitorização sistemática de determinada intervenção formativa, recorrendo para o efeito a padrões de qualidade de referência, consistindo um auxílio na tomada de decisão (Cardoso et al., 2002). Assim de forma a obter informações que determinar se os formandos atingiram os objetivos educacionais inicialmente propostos será realizada no início da sessão a avaliação diagnóstica recorrendo a um questionário avaliativo (Apêndice II). Este mesmo questionário será novamente realizado no final da sessão com a finalidade de comparar os resultados, permitindo deste modo verificar se os conhecimentos foram apreendidos.

Deste modo é necessário estabelecer indicadores de avaliação exatos, ou seja, definir elementos observáveis de cumprimento dum critério de avaliação (Cardoso et al., 2002). Os indicadores estabelecidos são os seguintes:

- 1- $\text{N}^\circ \text{ de respostas certas ao questionário entregue no início da sessão} / \text{N}^\circ \text{ total de questões} \times 100 = \% \text{ de respostas certas para cada pergunta}$
- 2- $\text{N}^\circ \text{ de respostas certas ao questionário entregue no final da sessão} / \text{N}^\circ \text{ total de questões} \times 100 = \% \text{ de respostas certas para cada pergunta}$
- 3- $\text{Total de Respostas Certas (Avaliação Inicial)} / \text{Total de Respostas} \times 100 = \text{Média de Respostas Certas (\%)}$
- 4- $\text{Total de Respostas Certas (Avaliação Final)} / \text{Total de Respostas} \times 100 = \text{Média de Respostas Certas (\%)}$

Torna-se ainda relevante referir que existe uma sequência na avaliação da formação: o nível I avalia a reação dos participantes à formação; o nível II avalia as aprendizagens efetuadas pelos formandos; o nível III avalia os comportamentos no contexto real de trabalho (formandos alteraram os comportamentos através da formação) e o nível IV avalia os resultados da formação (Cardoso et al., 2002).

Devido à duração do estágio ser de 180 horas será impossível avaliar o nível III e IV, pois implicaria uma continuidade no tempo após a formação. O nível I e II serão realizados recorrendo aos instrumentos acima mencionados.

No final da sessão será realizado o tratamento e análise de dados que será posteriormente apresentado sob a forma de relatório de avaliação calculado a partir dos indicadores de avaliação acima aludidos.

8. Conclusão

A realização do Planeamento da AES permitiu a correta organização e o estabelecimento de prioridades formativas, no sentido do cumprimento dos objetivos inicialmente estabelecidos. Esta ação decorre em contexto de internamento pediátrico, sob a orientação de uma EESIP, orientadora no presente estágio e sob coordenação de uma docente da UCP.

Esta ação teve como objetivo fulcral sensibilizar o grupo de pares para a implementação de medidas não farmacológicas de controlo de dor aquando da realização de procedimentos dolorosos nas crianças hospitalizadas, uma vez que a evidência científica atual assim o preconiza.

Referências Bibliográficas

- ❖ Batalha, Luís. 2013. *Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década*. Saúde e tecnologia. 16-21.
- ❖ Batalha, Luís, Costa, Luísa, Rodrigues, Gina et al. 2014. *Dor pediátrica em Portugal: resultados da sensibilização e formação*. Ata pediátrica portuguesa. 99-106
- ❖ Bergomi, Piera, Scudeller, Luigia, Pintaldi, Serena et al. 2018. *Efficacy of Non-pharmacological Methods of Pain Management in Children Undergoing Venipuncture in a Pediatric Outpatient Clinic: A Randomized Controlled Trial of Audiovisual Distraction and External Cold and Vibration*. Journal of Pediatric Nursing. Elsevier. 66-72. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.04.011>.
- ❖ Cardoso, Zelinda, Soares, Ana, Loureiro, Bruno et al. 2002. *Avaliação da formação: glossário anotado*. Lisboa.
- ❖ Alves, C., Duarte, E., Azevedo, V. 2011. *Emprego de soluções adocicadas no alívio da dor neonatal em recém-nascido prematuro: uma revisão integrativa*. Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre. 788-796.
- ❖ Ferro, António. 2004. *O método expositivo. Formar pedagogicamente*. Instituto do emprego e formação profissional. 6ª edição.
- ❖ International Association of the study of pain. 1994. Retirado de: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>.
- ❖ Hanrahan, Kirsten, Kleiber, Charmaine, Miller, Ben et al. 2018. *The Distraction in Action Tool©: feasibility and usability in clinical settings*. Journal of Pediatric Nursing. Elsevier. 16-21.
- ❖ Marques, António, Santos, Elvira, Mendes, Francisco et al. 2010. *Guia Orientador de Boa Prática em Saúde Infantil e Pediátrica*. OE. Lisboa. Volume I.
- ❖ Ministério da Saúde. 2003. Circular Normativa nº 9. *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*
- ❖ Reis, Gina, Costa, Luísa, Carvalho, Maria et al. 2013. *Guia orientador de boas práticas: Estratégias não farmacológicas de controlo da dor na criança*. OE. Lisboa
- ❖ Santos, Marcos. 2011. *Noções introdutórias sobre o processo de planeamento*. Évora.

Apêndices

Apêndice I



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Estratégias não farmacológicas de controlo da dor em crianças

Catarina Campos (aluna do 12º CMEESIP)

UC: A Saúde da criança e da família: vigilância e decisão clínica

Porto, 17 de junho de 2019

Sumário:

1. Definição de dor
 2. Princípios acerca das estratégias não farmacológicas de controlo da dor
 3. Estratégias de controlo da dor mediante a faixa etária
 4. Intervenções não farmacológicas de alívio e controlo de dor recomendadas no RN
 5. Intervenções não farmacológicas nas crianças/ adolescentes
 6. Estratégias cognitivas de controlo de dor não farmacológicas nas crianças/ adolescentes
 7. Intervenções comportamentais
 8. Intervenções cognitivo-comportamentais
 9. Métodos físicos para o controlo da dor
 10. Outras estratégias para controlo da dor
- Referências Bibliográficas



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

1. Definição de dor

A dor é definida pela International Association of the Study of Pain (IASP) como sendo uma experiência emocional e sensorial desagradável associada com uma lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão.



2. Princípios acerca da estratégias não farmacológicas de controlo da dor

O Guia Orientador de Boa Prática (GOBP) acerca das estratégias não farmacológicas no controlo da dor define alguns princípios que devem ser tidos em conta, de modo a garantir os que são exercidos os direitos das crianças.



2. Princípios acerca da estratégias não farmacológicas de controlo da dor

Pressupostos (GOBP, 2013):



- ❖ Idade da criança e o seu desenvolvimento cognitivo;
- ❖ Negociar a presença do pai/mãe ou de alguém significativo;
- ❖ Facilitar a segurança e a proteção dos pais;
- ❖ Permitir que os pais decidam o tipo de colaboração que desejam dar;
- ❖ Dar preferência a que os procedimentos sejam executados por um enfermeiro com quem a criança já tem uma relação de confiança estabelecida;

2. Princípios acerca da estratégias não farmacológicas de controlo da dor

Pressupostos (GOBP, 2013):



- ❖ Dar informação simples e exata sobre o que irá acontecer;
- ❖ Nunca usar procedimentos médicos ou de Enfermagem como ameaça;
- ❖ Ser honesto;
- ❖ Ajudar a criança a fazer perguntas e a exprimir sentimentos;
- ❖ Não dar à criança falsa confiança e tranquilidade em relação a um procedimento doloroso;
- ❖ Não utilizar expressões com as quais a criança se possa sentir humilhada;

2. Princípios acerca da estratégias não farmacológicas de controlo da dor

Pressupostos (GOBP, 2013):

- ❖ Ajudar a criança a participar no controlo da sua dor;
- ❖ Atribuir à criança algum controlo sobre o tratamento;
- ❖ Proporcionar o “falar consigo próprio”;
- ❖ Dar feedback positivo;
- ❖ Permanecer junto da criança após um procedimento doloroso;
- ❖ Planear os cuidados de forma a manipular/incomodar o menor número de vezes possível;
- ❖ Agrupar os procedimentos ou terapêuticas dolorosas e providenciar que sejam feitos com analgesia.



3. Estratégias de controlo da dor mediante a faixa etária

- Estas estratégias encontram-se ainda agrupadas de acordo com a faixa etária



3. Estratégias de controlo da dor mediante a faixa etária


Recém-nascido (RN)	Idade pré-escolar	Idade escolar	Adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> - Presença dos pais; - Embalo, carícias; - Sucção não nutritiva; - Redução do ruído; - Canções de embalar; - Massagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ouvir histórias (a mesma história muitas vezes); - Brinquedo favorito; - Brincadeira lúdica e terapêutica; - Ouvir uma música familiar; - Estratégias de relaxamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de relaxamento; - Respiração lenta e profunda; - Massagem, leitura; - Brincadeira lúdica e terapêutica; - Atividade favorita; - Modelagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de relaxamento; - Respiração lenta; - Camisola favorita, ouvir música, fotos, facultar o telefone; - Diário, relatório pessoal, escrita e desenho.



4. Intervenções não farmacológicas de alívio e controlo de dor recomendadas no RN



4. Intervenções não farmacológicas de alívio e controlo de dor recomendadas no RN

Embalco, "colinho"	<p>O contacto físico dos pais com o RN parece atenuar a resposta comportamental e fisiológica à dor.</p> 
Sucção não nutritiva	<p>O uso de chupeta inibe a hiperatividade e modula o desconforto no RN (ocorre apenas durante os movimentos ritmados de sucção).</p>

4. Intervenções não farmacológicas de alívio e controlo de dor recomendadas no RN

Aleitamento materno	<p>Para além dos benefícios nutricionais e afetivos para o RN, também pode ser uma potente intervenção para o alívio da dor.</p>
Sacarose a 24%	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Expressão de tranquilidade do RN e /ou diminuição do tempo de choro; ✓ Instilar na porção anterior da língua; ✓ Administrar 2 minutos antes do procedimento doloroso e 1 a 2 minutos após.

5. Intervenções não farmacológicas nas crianças/ adolescentes

As estratégias não farmacológicas de controlo da dor nas crianças e nos adolescentes subdividem-se em três tipos:

- comportamentais;
- cognitivas;
- cognitivo-comportamentais.



6. Estratégias cognitivas de controlo de dor não farmacológicas nas crianças/ adolescentes

Fornecimento de informação antecipatória

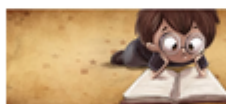
- ❖ É um dever dos enfermeiros e um dos direitos das crianças;
- ❖ Explicar à criança:
 - etapas do procedimento
 - sensações provocadas por ele.



6. Estratégias cognitivas de controlo de dor não farmacológicas nas crianças/adolescentes

Distração

- ❖ Técnica que direciona a atenção para situações não relacionadas com o procedimento doloroso.



6. Estratégias cognitivas de controlo de dor não farmacológicas nas crianças/adolescentes

Aplicabilidade da técnica de distração tendo em conta as diferentes faixas etárias

Bebés



Nas crianças (2/5 anos)



6. Estratégias cognitivas de controlo de dor não farmacológicas nas crianças/adolescentes

Reforço positivo

- Promover o elogio da criança ou recompensa após procedimentos dolorosos.



6. Estratégias cognitivas de controlo de dor não farmacológicas nas crianças/adolescentes

Imaginação guiada



- ❖ **Finalidade da técnica:** proporcionar uma sensação de bem-estar e relaxamento através da indução de um estado de concentração (crianças com mais de 4 anos).

6. Estratégias cognitivas de controlo de dor não farmacológicas nas crianças/adolescentes

Simulação, modelação ou demonstração



- ❖ Esta técnica permite informar a criança acerca do procedimento e sugerir comportamento que ajudem a lidar com a dor e ansiedade.

6. Estratégias cognitivas de controlo de dor não farmacológicas nas crianças/adolescentes

Simulação, modelação ou demonstração



- ❖ Esta técnica permite informar a criança acerca do procedimento e sugerir comportamento que ajudem a lidar com a dor e ansiedade.

7. Intervenções comportamentais

Relaxamento



- ❖ Mais relevante nos adolescentes;
- ❖ Reduz o medo, a ansiedade, a náusea, vômito e dor.

7. Intervenções comportamentais

Tipos de relaxamento



- ❖ exercícios de respiração diafragmática (a partir dos **dois** anos);
- ❖ exercícios de relaxamento muscular progressivo (usados a partir dos **seis** anos);
- ❖ exercícios de relaxamento ativo.

8. Intervenções cognitivo-comportamentais

- ❖ Intervenção cognitiva + comportamental;



- ❖ **Objetivo:** modificar os processos cognitivos da criança, de forma a atenuar a sua percepção de dor.

9. Métodos físicos para o controlo da dor



Aplicação de calor, hidroterapia ou bolsas térmicas

- ❖ Promovem a circulação sanguínea, produzindo um efeito analgésico, devido à ativação do sistema supressor da dor e ao relaxamento muscular.

8. Métodos físicos para o controlo da dor

Aplicação de frio



Diminui a circulação sanguínea



Ação anti-inflamatória → alívio da dor e redução do edema



9. Métodos físicos para o controlo da dor

Massagem

❖ **Finalidade:** aliviar a dor através do relaxamento, distração, além de ativar mecanismos inibitórios da dor.



9. Métodos físicos para o controlo da dor

Posicionamentos

- ❖ As mudanças de posição que promovem o conforto são estratégias úteis no alívio da dor.



10. Outras estratégias para o controlo da dor

Musicoterapia



- ❖ Ativa a produção de endorfinas endógenas, diminuindo assim o stress, tensão, induzindo o relaxamento;
- ❖ É mais eficaz na redução de ansiedade em crianças maiores.

10. Outras estratégias para o controlo da dor

Arteterapia



10. Outras estratégias para o controlo da dor

Humor



- ❖ É uma estratégia de comunicação com a criança e o adolescente;
- ❖ Proporciona alívio das tensões e das preocupações, tornando também a relação mais próxima e de confiança;
- ❖ Um minuto de riso equivale a 45 minutos de relaxamento.



A dor considerado como o **quinto sinal vital** constitui igualmente um indicador fundamental na avaliação do seu desempenho profissional. Mas muito para além da sua avaliação impera um dever profissional: prestação de cuidados de elevada qualidade baseados na melhor evidência científica. Constituindo ainda, um direito dos doentes e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde (Circular Normativa nº 9, 2003).

Referências Bibliográficas

- ❖ Batalha, Luís. 2013. *Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década*. Saúde e tecnologia. 16-21.
- ❖ Batalha, Luís, Costa, Luísa, Rodrigues, Gina, et al. 2014. *Dor pediátrica em Portugal: resultados da sensibilização e formação*. Ata pediátrica portuguesa. 99-106
- ❖ Bergomi, Piera, Soudeller, Luigia, Pintaldi, Serena, et al. 2018. *Efficacy of Non-pharmacological Methods of Pain Management in Children Undergoing Venipuncture in a Pediatric Outpatient Clinic: A Randomized Controlled Trial of Audiovisual Distraction and External Cold and Vibration*. Journal of Pediatric Nursing, Elsevier. 66-72. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.04.011>.

Referências bibliográficas

- ❖ Cardoso, Zelinda, Soares, Ana, Loureiro, Bruno, et al. 2002. *Avaliação da formação: glossário anotado*. Lisboa.
- ❖ Alves, C., Duarte, E., Azevedo, V. 2011. *Emprego de soluções adocicadas no alívio da dor neonatal em recém-nascido prematuro: uma revisão integrativa*. Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre. 788-796.
- ❖ Ferro, António. 2004. *O método expositivo. Formar pedagogicamente*. Instituto do emprego e formação profissional. 6ª edição.
- ❖ International Association of the study of pain. 1994. Retirado de: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>.

Referências bibliográficas

- ❖ Hanrahan, Kirsten, Kleiber, Charmaine, Miller, Ben, et al. 2018. *The Distraction in Action Tool®: feasibility and usability in clinical settings*. Journal of Pediatric Nursing. Elsevier. 18-21.
- ❖ Marques, António, Santos, Elvira, Mendes, Francisco, et. al. 2010. *Guia Orientador de Boa Prática em Saúde Infantil e Pediátrica*. OE. Lisboa. Volume I.
- ❖ Ministério da Saúde. 2003. Circular Normativa nº 9. *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*
- Reis, Gina, Costa, Luisa, Carvalho, Maria, et al. 2013. *Guia orientador de boas práticas: Estratégias não farmacológicas de controlo da dor na criança*. OE. Lisboa
- Santos, Marcos. 2011. *Noções introdutórias sobre o processo de planeamento*. Évora.

Obrigada pela atenção dispensada!



Apêndice II



Avaliação sumativa da Ação de educação para a Saúde sobre:

“Estratégias não farmacológicas de controlo da dor em crianças”

Realizada por: Catarina Campos (aluna do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Assinale verdadeiro (V) ou falso (F) nas seguintes afirmações:

	V	F
Para ser garantidos os direitos das crianças, fundamentais para o efetivo controlo da dor deve-se:		
Permitir que os pais decidam o tipo de colaboração que pretendem dar, tendo em conta o papel parental desejado no momento		
Dar informações simples e extremamente detalhadas sobre o que irá ser feito		
Atribuir às crianças algum controle sobre o tratamento		
Proporcionar o “falar consigo próprio”		
As intervenções não farmacológicas de controlo da dor nas crianças e nos adolescentes subdividem-se em três tipos: comportamentais; cognitivas; cognitivo-comportamentais		
Uma das técnicas não farmacológicas para controlo de dor na idade escolar é a utilização das canções de embalar		
As técnicas de relaxamento são indicadas para serem utilizadas com os adolescentes		
O fornecimento de informação antecipatória é uma estratégia cognitiva que pode ser utilizada com crianças adolescentes		